BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR FÉLIX BRICHETEAU

Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, Vice-Président de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société médicale d'observation,
Membre de la Société d'hydrologie et de la Société d'anthropologie,
Rédacteur en chef.

TOME SOIXANTE-QUATORZIÈME.



PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL,

5, RUE THÉRÈSE, N° 5.

1868

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Esquisse des travaux publiés pendant le cours de l'aunee 1867 par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*.

De quelque côté qu'on tourne les regards dans le cercle qu'embrassent les sciences naturelles, il est impossible de n'être point frappé de l'effort gigantesque des esprits, pour reculer les bornes de la connaissance: observation infatigable, analyse s'enfonçant de plus en plus dans l'intimité des choses, expérimentation, induction poursuivant sans relâche les lois des phénomènes, et, à la limite de celle-ci, déduction hardie qui ne recule devant aucune des conséquences de lois plus ou moins rigoureuses, préalablement établies, telle est désormais la logique des sciences, et, bien qu'un esprit sévère ne doive accepter qu'avec réserve un bon nombre des résultats les plus pompeusement annoncés, il n'est point douteux que, grâce à ces méthodes fécondes, la lumière ne se soit faite sur une foule de points que la science de ceux qui nous précédèrent immédiatement avait laissés dans l'ombre. Plus la médecine est difficile, plus sont obscurs les problèmes qu'elle a chaque jour mission de résoudre pour accomplir son œuvre, et plus les médecins doivent avoir l'esprit ouvert aux idées d'innovation et de progrès; aussi bien, quand on étudie cette science dans son laborieux passé, la voit-on partout et toujours recevoir, dans ses théories au moins, le contre-coup des systèmes qui se produisent successivement sur le terrain mouvant des sciences collatérales. Nées de la sympathie qu'excite naturellement dans l'homme la vue des souffrances de son semblable, et consciente en

même temps de l'incertitude des moyens qu'elle peut y opposer, comment ne se tournerait-elle pas pas incessamment vers tout ce qui lui promet lumière ou progrès? Toutefois, la médecine n'est pas seulement une science, elle est en même temps un art, et cette double fonction qui naît à la fois et de sa nature et des nécessités auxquelles elle obéit, la sauve en partie des dangers de cette éternelle fluctuation. Dans un des derniers numéros de ce journal même, nous avons inséré quelques pages d'une préface, où deux hommes éminents, MM. Trousseau et Pidoux, ont renouvelé leur profession de foi, et où cette distinction se trouve magistralement formulée : qu'on nous permette de placer sous la protection de ces savants maîtres l'idée que nous venons d'esquisser, en rappelant ici un court passage de la préface dont nous venons de parler, et qui inaugure brillamment la huitième édition du savant *Traité de Thérapeutique et de Matière médicale*. « L'anatomie et la physiologie sont des sciences, disent-ils ; la médecine est, avant tout, un art. A ce titre, il a précédé et précédera toujours la science. Inséparable de la science, l'art en est néanmoins distinct. Appuyé sur elle, il se l'assimile, et s'en accroît incessamment. Au commencement des âges, il fut presque tout. Il n'était alors formé que d'une expérience rude, mise au service d'un bon sentiment. Avec le temps, la science éclaira de plus en plus l'art ou l'empirisme. Mais l'art ne peut jamais abdiquer entre les mains de la science. Au lit du malade, la valeur de la science est relative ; elle dépend toujours du sentiment de l'artiste, de la justesse et du tact avec lesquels il applique à un cas de maladie donné les notions que la théorie lui fournit. »

Il y a là un enseignement que les médecins ne devraient jamais oublier, et qui, à cette époque troublée, et en face des contradictions où l'affirmation vraie et les idées aventureuses sont souvent difficiles à démêler, peut, dans une foule de cas, arracher le médecin honnête aux angoisses de l'incertitude.

En présence des spéculations hardies qui, biffant d'un trait de plume tout le passé de la science, ne tendent à rien moins qu'à refaire l'art de toutes pièces, en ne laissant à la clinique et à l'observation médicale qu'un droit de contrôle, et le bénéfice douteux de pures applications, il n'était peut-être pas inutile de rappeler ces principes, et d'en réconforter la conscience d'un certain nombre de praticiens. Rien ne s'improvise dans ce monde, et le présent, si présomptueux qu'il soit, n'est que le passé en évolution. Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques générales, et arrivons

de suite au sujet même de cet article, qui est de résumer sommairement les enseignements utiles qu'ont apportés à la science et à l'art les travaux, aussi nombreux que variés, dont s'est enrichi, pendant le cours de l'année qui vient de finir, le journal que nous avons l'honneur de diriger.

Le premier de ces travaux sur lequel nous rappellerons tout d'abord l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*, est celui d'un jeune et éminent clinicien, M. Jaccoud, relativement au traitement de la pneumonie. Dans ces leçons, où éclate à chaque page un si lumineux enseignement, M. Jaccoud s'applique surtout à préciser les indications des émissions sanguines, et des alcooliques si prodigués par quelques médecins au delà du détroit. Si l'auteur refuse aux premières l'influence excessive qu'on leur a attribuée à diverses époques de l'histoire de la science, à ce point qu'on prétendait pouvoir par leur moyen juguler la maladie , il n'en estime pas moins qu'elles y peuvent être fort utiles, quand elles sont appliquées d'une manière opportune. Il montre clairement qu'elles ont un incontestable avantage, quand, comme le disait Récamier dans son langage imagé, qui cette fois exprimait une vérité, les malades sont ivres de sang, que la récurrence radiale et, ce qui est plus sûr encore, l'énergie des contractions du cœur témoignent clairement de ces conditions actuelles de l'organisme souffrant. M. Jaccoud, dont la sagacité sait démêler, dans les affirmations souvent un peu confuses de la science théorique, les rapports réels des choses entre elles, a exposé là, sous une forme parfaite, tout ce que la science a trouvé de plus précis pour expliquer les indications auxquelles la thérapeutique doit obéir dans cette direction. Il suffit de rappeler ces pages, aussi savantes que correctes, pour que les utiles informations qu'elles contiennent reviennent immédiatement à l'esprit du lecteur. Nous disons la même chose de l'emploi des alcooliques dans la même maladie : oui assurément, quand la pneumonie se développe sur un fond véritablement adynamique, les alcooliques deviennent éminemment utiles, non-seulement en imprimant aux forces immanentes dans l'organisme une impulsion favorable, mais encore en fournissant aux combustions internes un aliment que celui-ci n'est point réduit à emprunter à sa propre substance. Là encore, sans sortir du cercle de notions exactes, et en s'appuyant toujours sur les enseignements d'une clinique attentive, M. Jaccoud a montré combien l'art marche avec plus de sécurité, quand il marche à la lumière d'une science réellement positive.

Nous placerons à côté de ce travail celui de M. Marotte sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu. En tous ses travaux, dont la plupart ont été insérés en tout ou partie dans ce journal, le savant et sagace médecin de la Pitié se tient plus près de la tradition que M. Jaccoud ; mais son enseignement n'en mérite pas moins de fixer l'attention des praticiens. C'est ainsi que c'est à coup sûr une des vues les plus vraies qu'on puisse émettre sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu, que de subordonner celui-ci, en tant qu'il s'agit de son opportunité, à l'influence épidémique, entendue à la manière des grands observateurs du dix-huitième siècle, et de s'appliquer tout d'abord à l'affranchir de cette influence en dédoublant en quelque sorte la maladie. — Un autre observateur non moins recommandable par sa sagacité clinique, M. Oulmont, a, lui aussi, touché à cette question dans les pages du *Bulletin général de Thérapeutique*, et croit être arrivé à reconnaître à la digitale une influence décisive sur la marche de cette maladie. Mais, comment agit la digitale ? porte-t-elle son influence directe sur les nerfs modérateurs du cœur (pneumo-gastrique), ou sur les nerfs vaso-moteurs, ou enfin, sur le tissu même de l'organe central de la circulation, ainsi que l'entendent Traube, MM. Legroux et Vulpian ? notre très-distingué confrère incline visiblement vers l'opinion du premier. Cependant, il ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a dans la fièvre rhumatismale quelque chose que n'atteignent pas ces trois conceptions théoriques, et il marque ce *desideratum*. Ce quelque chose n'est-il pas ce sur quoi le médecin de la Pitié s'appuyait, tout à l'heure, pour poser les conditions de l'opportunité du traitement du rhumatisme ? et ces conditions venant à changer, la digitale, qui a si bien réussi dans une certaine série de cas, ne pourrait-elle pas se démentir, comme l'ont fait tour à tour l'azotate de potasse, le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, etc. ? Quoi qu'il en soit à cet égard, il ne résulte pas moins des recherches intéressantes de M. Oulmont que cet opium du cœur, comme M. Bouillaud appelle la digitale, est une ressource utile dans cette maladie, et qu'elle peut, qu'elle doit y avoir son opportunité. Un enseignement remarquable qui sort encore de ces originales recherches, c'est que, dans la série de cas qui est passée sous les yeux du savant médecin de Lariboisière et où la digitale a exercé une influence si manifeste sur la circulation, sur la calorification et sur les manifestations excentriques locales de la maladie, le cœur, dans ses membranes externe et interne, est resté complétement indemne. S'il y a là autre chose qu'une simple coïncidence, la digitale serait

appelée à une plus haute destinée encore dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et cet inestimable service, c'est à notre confrère M. Oulmont que la science et l'humanité le devraient.

Bien qu'il n'ait qu'un rapport fort indirect avec le travail de M. Oulmont, nous en rapprocherons cependant celui de M. Devergie, où cet illustre vétéran de la dermatologie a exposé quelques vues synthétiques dont la gravité n'a échappé assurément à aucun de nos lecteurs sur les liens qui unissent, dans un certain nombre de cas, les maladies dont il s'agit ici, les dermatoses, avec les maladies internes, et sur le danger possible des répercussions violentes, ou non, de celles-là par certaines médications topiques ou internes. Dans notre humble opinion, ce serait s'exposer à manquer le but que se propose tout médecin qui a la conscience de la gravité de sa charge, que d'aller à l'encontre d'un enseignement venu de si haut. Si l'on veut rapprocher les données fondamentales de cet enseignement des idées qui commencent à s'accréditer dans les esprits sur les maladies de l'espèce, sur leur transformation à travers les générations, nous nous persuadons qu'on en comprendra l'intérêt et la haute signification, et nul, dans la pratique, n'osera courir les aventures que ces idées impliquent. Non-seulement le savant médecin de Saint-Louis a vu les faits dont il parle, mais ces faits sont fortement enracinés dans les traditions de la science, et il y a, dans ces traditions, autre chose que des scories.

Nous ne ferons que rappeler ici les travaux de M. Arnould et de MM. Martin-Damourette et Pelvet, relatifs, les premiers, à la méthode hypodermique dans certaines formes des fièvres d'Afrique, et les seconds à une étude expérimentale laborieuse sur les effets physiologiques de bromure de potassium : ce sont là des travaux, fruits d'une savante et sagace observation, qui resteront dans la science pour assurer l'action de l'art dans le traitement des maladies, on en étendre l'heureuse influence, dans des conditions où il faut, pour en réaliser les bienfaits, sortir des sentiers battus. Une notice fort bien faite que nous mentionnerons également, c'est celle où M. le docteur Cantel s'applique à distinguer les pseudo-apoplexies des apoplexies vraies. Dans les cas de pratique difficile, où notre distingué confrère s'est efforcé de porter la lumière d'une saine observation, il s'agit à la fois et de l'intérêt suprême de l'humanité, et de la dignité de l'art; n'est-ce point là une question toujours actuelle, bien que maints auteurs l'aient déjà traitée?

Toujours préoccupé de l'intérêt immédiat de la pratique, c'est

au même titre que nous nous sommes empressé de consigner dans les pages du *Bulletin général de Thérapeutique* les résultats de l'expérience de deux maîtres habiles, MM. Bouchut et Delioux de Savignac sur le traitement du phréno-glottisme, de la dysenterie on de la paralysie dysentérique. L'action spéciale que le premier de ces savants auteurs attribue au musc pour combattre le spasme de la glotte et du diaphragme dans l'asthme de Kopp, et l'usage sur une très-large échelle que le second a fait de la noix vomique dans le traitement de la dysenterie, et d'une des plus graves de ses conséquences possibles, méritent au plus haut degré de fixer l'attention des praticiens : de tels travaux honorent le journal qui les publie, parce qu'ils sont de ceux qui répondent le mieux aux exigences quotidiennes de l'art. Les notices plus ou moins étendues ou les simples observations dont ont enrichi notre recueil, pendant le courant de l'année qui vient de finir, MM. Ferrand, Philippeaux, de Lucé, Isambert, Hiriard, Dauvergne, Gingeot, Guipon, Raimbert, de Beaufort, Vaillandet, Léon Danis etc., sont marquées du même cachet d'utilité pratique, et il nous suffira d'en marquer ici la place pour que les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* se rappellent les enseignements qu'ils renferment.

Mais, à côté des questions aussi nombreuses que variées auxquelles touchent les travaux intéressants que nous venons de mentionner, et dont les solutions ont été poursuivies dans les fascicules du *Bulletin* pendant l'année 1867, il s'en place quelques-unes qui priment celles-ci par leur actualité, et pour la gravité qu'elles revêtent dans la pratique à laquelle elles concluent; qu'on nous permette, dans ce compte rendu succinct des travaux du *Bulletin général de Thérapeutique*, d'y insister un peu davantage : ces questions ont trait à la colique de plomb, à la goutte, à la phthisie, à la cautérisation dans les déterminations locales de la diphthérie et à la thérapeutique de la syphilis.

C'est un pharmacien distingué de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Lutz, qui a inspiré à un de nos médecins distingués des hôpitaux de Paris, M. le docteur Guibout, l'idée de combattre la colique de plomb par l'usage du soufre en nature pris à l'intérieur. Nous avons rapporté quelques-uns des faits qui mettent en évidence l'utilité de cette pratique là où on l'appliqua tout d'abord. Mais bientôt, comme il arrive souvent, cet enseignement porta ses fruits, et un médecin du Havre, M. le docteur Margueritte, se trouvant en présence d'une petite endémie de saturnisme produite, comme en avaient déjà vu Huxam, Lepecq de la Cloture et d'autres, par l'usage du

cidre frelaté, répéta l'expérience, et arriva à des résultats qui nous paraissent bien près d'avoir résolu la question. A le bien entendre, rien de plus rationnel que cette médication. Le soufre, en se combinant avec le plomb, forme un sulfure inoffensif qui est éliminé au fur et à mesure de sa formation par la mise en jeu de l'action purgative de ce composé lui-même, ou de la portion de soufre qui reste incombinée et met fin aux accidents. Sans doute, tout puissant que paraisse ce moyen simple, il ne s'ensuit pas que l'art doive se désarmer d'autres moyens également éprouvés, et qui, dans un cas donné, peuvent utilement répondre à des indications urgentes. Tels sont, par exemple, les cataplasmes froids dont se sert M. le professeur Monneret pour combattre l'élément douleur ; telles sont encore les embrocations anesthénisantes locales, la faradisation, etc. Mais le soufre a évidemment plus de portée thérapeutique, et les expériences qui en établissent l'efficacité et que ce journal a été heureux de populariser marquent, nous semble-t-il, un progrès réel dans la thérapeutique de l'intoxication saturnine.

Parmi les divers travaux que nous devons à un médecin dont la collaboration honore le plus ce journal, et qui tous le placent en première ligne avec quelques-uns de nos cliniciens les plus sagaces, M. Guéneau de Mussy, nous rappellerons surtout celui dans lequel il montre l'efficacité des eaux de la Bourboule dans certaines formes de la phthisie. Nous rapprocherons les faits sur lesquels s'appuie cette médication de ceux qu'ont cités MM. H. Henrot et Galliet, de Reims, pour montrer le parti qu'on pourrait tirer de l'usage du *vaporarium* pour réprimer certains accidents de cette terrible maladie et d'autres affections du même siége. Sans doute, en cherchant un peu, on trouverait dans l'histoire de la science des tentatives du même ordre; mais ces tentatives étaient oubliées, et si, en les renouvelant, on arrive à saisir la vérité que d'autres ont laissée échapper, et à la poser d'une main plus ferme dans la science, on n'en a pas moins imprimé à l'art une impulsion utile. Nous rappellerons dans le même esprit et signalerons au même titre le travail de fine critique que M. Besnier a consacré à l'examen de l'utilité des injections iodées dans l'ascite. Là aussi il y a peut-être une vue de saine pratique, mais ce n'est qu'en la dégageant des exagérations par lesquelles on l'a compromise, ainsi que l'a fait notre très-distingué confrère, qu'on parviendra à assurer à cette application de la méthode substitutive sa réelle utilité.

Nous avons vu, en commençant ce résumé annuel, que M. Jaccoud s'était efforcé de réagir contre les excès de l'alcoolisme théra-

peutique, si nous pouvons ainsi dire, tel que quelques-uns, après Todd, semblent le compreudre : M. Durand-Fardel s'est chargé de soumettre à la coupelle d'une critique non moins rigoureuse une autre médication qui nous vient également d'au delà du détroit, et qui, si elle dépasse une certaine mesure que l'auteur s'est appliqué à fixer, peut entraîner les conséquences les plus funestes. Tous nos lecteurs ont compris qu'il s'agit ici du traitement de la goutte, et du colchique considéré comme étant la base fondamentale de ce traitement. Cette question ne pouvait tomber sous une plume plus compétente que celle du savant et habile médecin des eaux de Vichy; aussi considérons-nous son travail comme un de ceux qui honorent le plus ce journal, pendant le cours de l'année qui vient de se terminer.

Nous avons, dans le dernier numéro de ce journal, emprunté au dernier fascicule qui va paraître des Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques de M. Charcot, une leçon sur le traitement de la goutte : il nous suffit de marquer ici la place de ce travail, pour qu'on s'en rappelle immédiatement la judicieuse économie et les rigoureuses conclusions.

Enfin, une bien grave question s'est élevée dans ces derniers temps sur l'utilité du mercure dans le traitement de la syphilis. Un de nos jeunes chirurgiens les plus distingués, M. Dolbeau, sans proscrire d'une manière absolue l'élément fondamental de la médication séculaire dirigée contre cette maladie, en a pourtant tellement restreint l'usage que cela équivaut presque à une absolue proscription. Nos lecteurs ont pu juger de la force des arguments mis au service de cette thèse paradoxale par un des esprits les plus souples et les plus déliés de ce temps-ci, car ils ont eu sous les yeux la véhémente catilinaire du chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine : mais convaincu qu'aller si loin, c'est errer, c'est surtout s'exposer à faire dévier la pratique de la ligne droite, nous avons essayé de réagir contre un scepticisme qui ne nous a point étonné, car il était en germe dans certaines doctrines qui devaient le produire tôt ou tard, mais qui très-heureusement, dans la haute sphère où il s'est produit, a rencontré de toutes parts de puissants adversaires. Nons avons résumé cette lutte, nous avons formulé les principes qui, malgré cette imprudente escarmouche, doivent servir de règle à la conduite du médecin vis-à-vis de la syphilis, on nous permettra de le rappeler ici. C'est de même pour obéir à la voix impérieuse d'une conviction profonde, qu'abordant, dans un autre article, la question de l'utilité de la cautérisation dans le traitement de la diphthérie,

nous n'avons pas hésité à la proscrire d'une manière absolue, et à lui préférer de beaucoup les substitutifs pulvérulents ou les dissolvants topiques liquides, etc. : mais le *moi* est odieux, dit Montaigne, aussi ne rappelons-nous ici ces humbles travaux que pour bien marquer aux yeux de nos lecteurs tous les soins que nous prenons pour leur faire éviter les faux pas auxquels on pourrait les entraîner dans la pratique.

Il ne nous reste plus, pour terminer ce compte rendu sommaire des principaux travaux publiés par *le Bulletin général de Thérapeutique* pendant le cours de l'année qui vient d'expirer, qu'à montrer succinctement que ce journal n'est pas moins soucieux des intérêts de la chirurgie que de ceux de la médecine : c'est ce que nous allons faire d'un trait rapide, en rappelant ici les principaux travaux qu'a publiés le *Bulletin* dans cette importante direction.

M. Guersant, qui veut bien continuer à enrichir ce journal des enseignements les plus précis de sa vaste expérience, a encore consigné, cette année, dans les colonnes de notre recueil, plusieurs travaux que nos lecteurs n'ont certainement pas oubliés, car ils sont tous marqués au coin d'une utilité pratique incontestable. Nous ne ferons que rappeler ici les notices de ce chirurgien éminent sur la thoracentèse, et l'usage des anesthésiques chez les enfants. Comme l'utilité de ces pratiques est maintenant chose parfaitement établie d'une manière générale, il ne restait plus qu'à les étudier dans les cas spéciaux où l'illustre maître de la chirurgie infantile les a surtout appliquées, à en bien marquer les indications, et à apporter aux procédés généraux de leur application les modifications dont l'expérience a démontré les avantages. C'est ce qu'a fait notre savant confrère avec l'autorité qui s'attache à tous ses travaux. Dans une spécialité fort légitime, et où assurément, lui aussi, il deviendra maître, M. Guéniot a traité, avec une ampleur de détails et une sûreté d'appréciation qui ont été remarquées, un sujet où les recherches originales et suivies manquaient : il s'agit ici, on se le rappelle, de la délivrance dans les avortements.

Un moyen simple qui, comme il est arrivé plusieurs fois, tend à passer du domaine de la médecine vulgaire ou instinctive dans celui de l'art réfléchi, ou la thérapeutique, c'est le massage pratiqué dans le traitement des entorses : il n'est point douteux que, dans un bon nombre de cas, ce moyen ne soit utile : mais il restait à en poser les indications et à en rationaliser le procédé : c'est ce qu'a fait non sans succès, dans le *Bulletin*, un de nos distingués et

laborieux collaborateurs, M. Bérenger-Féroud, de la marine impériale. Nous sommes sûr que les lecteurs de ce journal ont noté ce petit et intéressant travail, et l'appliqueront avec avantage dans les cas fréquents qui l'appellent. Il en sera de même, *à fortiori*, de l'application de l'iodoforme, soit sous forme solide (en suppositoire), soit sous une autre forme, dans le traitement du cancer de la matrice. C'est à l'habile chirurgien de la maison municipale de santé, M. Demarquay, à qui la science et l'art sont déjà redevables d'un grand nombre d'innovations utiles, qu'appartient l'initiative de cette heureuse application. Ce moyen, pas plus que d'autres, ne peut prétendre à la guérison d'une maladie qui tue presque fatalement les malheureuses femmes qu'elle atteint : mais plus sûrement que tout autre agent peut-être, l'iodoforme combat les douleurs atroces dont trop souvent cette grave maladie est l'occasion. Nous hésitons d'autant moins à rappeler ici les conclusions de ce travail, que le moyen qu'il indique est simple et à la portée des plus humbles praticiens, comme de ceux qui ont sous la main toutes les ressources de l'art. Nous signalerons encore, dans la même direction de recherches et d'expérimentation thérapeutique légitime, le procédé modifié décrit, sous le nom d'épisioraphie, par un de nos plus jeunes chirurgiens des hôpitaux les plus habiles, M. Fournier, et qui a pour but, sinon de guérir radicalement la chute complète de l'utérus, d'en atténuer tout au moins les plus graves inconvénients.

Enfin, il est une opération grave entre toutes, et à laquelle, dans notre humble opinion, on ne doit jamais recourir qu'à la dernière extrémité, malgré le bruit qui s'est fait autour d'elle au delà du détroit, où l'excessif semble se mettre de plus en plus à l'ordre du jour, en matière de thérapeutique, soit médicale, soit chirurgicale : cette opération est l'ovariotomie. Assurément cette opération restera dans le domaine de la pratique des maîtres en chirurgie, mais expurgée des intempérances d'une injustifiable témérité. En attendant, nous avons accueilli avec faveur une observation de ce genre que nous a communiquée l'habile chirurgien de l'hôpital de Béziers, M. Lacroix, et où le succès le plus complet a couronné une hardie détermination. Ainsi se fait l'art, ainsi se constitue la science, par la détermination précise des conditions de tel ou tel ordre de faits.

Si l'espace ne nous faisait défaut, il nous serait facile de mentionner beaucoup d'autres travaux ayant trait à la chirurgie, et qui montrent que le *Bulletin* ouvre aussi libéralement ses

colonnes aux recherches, aux progrès pratiques de cette partie de la science et de l'art, qu'à la médecine proprement dite : qu'il nous suffise de terminer cette très-incomplète esquisse en rappelant qu'à côté des travaux ci-dessus mentionnés, il y en a au bas desquels se lisent les noms de MM. Jarjavay, Courty, Tillaux, etc. Si de tels noms sont un honneur pour le journal où ils veulent bien s'inscrire, ne sont-ils pas pour les lecteurs du *Bulletin* un gage d'enseignement exact, lumineux, progressif, à quelque ordre de recherches que ces travaux s'appliquent?

Quelque nombreux et variés que soient les sujets pratiques qui sont entrés dans le cadre du journal que nous nous sommes donné la mission de diriger, ils n'épuisent pas les questions qui se sont agitées sur le terrain plantureux de notre science laborieuse pendant le cours de l'année qui vient de finir ; plusieurs journaux, non moins désireux que le *Bulletin de Thérapeutique médicale et chirurgicale* de perfectionner la pratique de l'art ou d'en reculer les limites, se sont efforcés, chacun dans la circonscription de son cadro, de servir le même intérêt. Tout ce qu'à ce point de vue nous y avons trouvé de bon et d'utile, nous en avons enrichi notre journal au profit de nos lecteurs dans un Répertoire consciencieusement rédigé et largement compréhensif. Une Bibliographie, dont le principal caractère est l'indépendance, poursuit le même but, et l'atteint quelquefois, en même temps qu'elle essaye de retenir la science sur la pente périlleuse où la spéculation pure tendrait à la précipiter.

Ne nous faisons pas illusion, malgré tous les progrès de détail accomplis dans notre direction scientifique, les problèmes de la vie soit hygide, soit pathologique, restent toujours les problèmes les plus complexes auxquels l'esprit de l'homme puisse s'attaquer : travailler sans relâche, avec le concours de nos zélés collaborateurs à l'élucidation de quelques-uns de ces problèmes, a toujours été l'ambition de ce journal, qui a traversé sans faiblir plus d'une période orageuse : le but que cette ambition s'est marqué est toujours notre but, et c'est en vue de réaliser cet idéal que nous continuerons à imprimer au *Bulletin général de Thérapeutique* la prudente direction qui lui a conquis, depuis trente-six ans, l'estime du monde médical sérieux.

Nous terminerons en donnant une bonne nouvelle à nos lecteurs. Un puissant auxiliaire va nous venir en aide. La Société de Thérapeutique, dont nous annoncions l'année dernière la formation, a choisi ce recueil pour publier ses travaux, et nos confrères seront

assurés d'y trouver un contrôle consciencieux et désintéressé de toutes les questions thérapeutiques actuellement à l'ordre du jour dans ce grand mouvement de rénovation scientifique auquel nous assistons.

Sur l'emploi du phosphore en médecine et en particulier dans l'ataxie locomotrice progressive (1);

Par M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz, chef de clinique à la Pitié.

1re PARTIE.

DES PRÉPARATIONS PHOSPHORÉES.

Depuis qu'en 1667 l'alchimiste de Hambourg, Brandt, en cherchant la pierre philosophale, a, le premier, retiré le phosphore de l'urine, ce corps a été employé bien souvent en médecine. Tout portait, en effet, à en faire des applications en thérapeutique; ses propriétés étranges et singulières, son origine même, sa présence à l'état normal dans certains tissus de l'économie, tout poussait à en faire usage. Aussi Kunkel, qui a partagé avec Brandt les honneurs de la découverte du phosphore, employa-t-il le premier ce médicament sous le nom de *pilules lumineuses*. Depuis, plusieurs médecins : Mentz, Morgenstein, Werckard, Gauthier de Claubry, Hufeland, Odier, Glower, Turck, Delpech, etc., etc., ont vanté ses propriétés thérapeutiques; ils l'ont considéré comme un tonique, et surtout un tonique du système nerveux. Des ophthalmologistes : Leidbeck (de Stockholm), Strump, Lœbenstein-Lobel, Tavignot, ont signalé ses vertus curatives dans les paralysies de l'œil et l'amaurose en particulier. Et cependant le phosphore est encore un médicament rarement employé, dont l'usage est extrêmement restreint, et qui n'a pas encore pris le rang qu'il doit occuper dans notre thérapeutique usuelle. Aussi l'on ne doit pas s'étonner si, dans la sixième édition de ce livre, véritable monument élevé à la thérapeutique, qui nous a servi et qui servira encore longtemps de guide au plus grand nombre des médecins, dans le Traité de MM. Trousseau et Pidoux, le phosphore n'est pas indiqué.

Cette défaveur est-elle due aux propriétés extrêmement vénéneuses de ce médicament ? Je ne le pense pas. Ne voyons-nous pas de nos jours l'arsenic être continuellement employé, grâce à des préparations sûres, faciles et commodes? Ce sont ces dernières qui

---

(1) Lu à la Société de Thérapeutique (séance du 20 décembre 1867).

manquent au phosphore et qui ont été, j'en suis persuadé, un des grands obstacles, le seul peut-être, à l'emploi du phosphore.

Examinons, en effet, les préparations phosphorées et voyons si elles remplissent bien le but qu'on veut atteindre.

Pour l'introduire dans l'économie, on a cherché les corps qui pouvaient dissoudre le phosphore, qui, insoluble dans l'eau, n'est soluble que dans le sulfure de carbone, les huiles, les éthers, l'alcool et le chloroforme. La solubilité du phosphore dans le sulfure de carbone est considérable, et j'ai pu dissoudre 1 gramme de phosphore dans 35 gouttes de sulfure de carbone.

M. Mandl a utilisé cette propriété pour faire les pilules suivantes :

Pr.	Phosphore	5 centigrammes.
	Sulfure de carbone	20 gouttes.
	Huile	18 grammes.
	Magnésie	Q. S.

Pour cinquantes pilules, qu'on enveloppera ensuite d'une couche de gélatine.

Cependant ces propriétés dissolvantes du sulfure de carbone n'ont guère pu être employées en médecine. Le sulfure de carbone est, en effet, un corps qu'il est dangereux d'introduire dans l'économie et qui produit des symptômes morbides que le phosphore, comme l'a très-bien montré M. Delpech, est appelé à combattre ; aussi donc ce moyen a été abandonné.

La solution du phosphore dans l'huile, l'huile phosphorée, est, au contraire, la préparation dont on use le plus généralement et avec le plus d'avantages. Le phosphore, quoique un peu soluble dans l'huile, ne l'est pas beaucoup.

D'après le travail de M. le docteur Sorge, de Berlin, l'huile dissoudrait 1/40 à 1/48 de son poids de phosphore. D'après mes propres expériences, la solubilité du phosphore dans l'huile serait encore moindre ; aussi est-ce par un artifice de préparation et en produisant une véritable émulsion qu'on arrive, comme vous allez le voir, à préparer cette huile phosphorée.

Voici les principales formules données pour la préparation de l'huile phosphorée. L'une est tirée du *Formulaire* magistral de Bouchardat ; c'est la suivante :

Pr.	Phosphore	4 grammes.
	Huile d'olive	30 —

L'autre appartient à Lescot :

Pr. Phosphore	30	grammes.
Huile d'olive	500	—

Faire fondre et ajouter :

Huile volatile de bergamote	Q. S.

Enfin, la troisième se trouve dans la dernière édition du Codex.

Phosphore	2	grammes.
Huile d'amandes douces	100	—

Mettez l'huile dans un flacon d'une capacité telle qu'il en soit presque entièrement rempli ; introduisez le phosphore et faites chauffer pendant quinze à vingt minutes au bain-marie, en ayant soin d'agiter vivement de temps en temps. Tenez le flacon fermé pour éviter l'oxygénation du phosphore ; seulement, au commencement, interposez entre le goulot et le bouchon un morceau de papier qui laisse une issue à l'air intérieur ; laissez refroidir l'huile, et quand elle s'est éclaircie complétement par le repos, séparez-la, par décantation, du phosphore qui s'est déposé, et renfermez-la dans des vases de petite capacité, que vous tiendrez bien bouchés (1).

Cette dernière préparation montre bien par quels moyens on arrive à obtenir cette dissolution ; elle montre aussi combien on est peu fixé sur la quantité de phosphore qui reste dissous dans cette huile ; car, après la décantation, on ne sait quel est le poids de phosphore qui n'a pas été dissous, et par cela même on ignore la quantité qui est restée dans le véhicule ; mais ce n'est pas là le seul inconvénient. Au bout d'un certain temps, et cela d'autant plus rapidement que le flacon qui contient cette huile est plus exposé aux rayons solaires et à l'action de l'air, il se fait un nouveau dépôt de phosphore, cette fois insoluble, au fond du vase, dépôt qui modifie encore ce médicament lorsqu'on en use au bout d'un certain temps.

Ce n'est pas encore tout.

Nous allons voir encore ces inconvénients augmenter lorsque nous nous servirons de cette huile pour l'introduire dans une potion. Prenons par exemple la formule donnée par Soubeiran, qui est

(1) Codex médicamentaire, *Huile médicinale*, p. 407 et 408 (édit. de 1866).

considérée comme une des meilleures préparations phosphorées, et dont voici la formule :

Huile phosphorée	8	grammes.
Gomme arabique	8	—
Eau de menthe	100	—
Sirop de sucre	60	—

Mais, entre parenthèse, j'ajouterai qu'il serait dangereux de suivre l'indication qui accompagne cette potion dans presque tous les formulaires et qui est la suivante :

Par cuillerée toutes les heures.

Il serait à craindre qu'au bout de la dixième heure il ne se déclarât chez le malade des accidents terribles.

Prenons donc cette potion : nous prescrivons au début une cuillerée à café matin et soir, puis nous augmentons graduellement la dose en surveillant avec attention les phénomènes qui se produisent du côté du tube digestif. A mesure que la potion touche à sa fin, nous observons que le malade tolère de plus en plus facilement cette préparation, et nous augmentons sans crainte le nombre de cuillerées. La potion est terminée ; on en fait exécuter une nouvelle, et se fondant sur la tolérance qu'a présentée le malade, on ordonne le nombre de cuillerées qu'il prenait la veille ; mais alors surviennent des accidents graves : vomissements, diarrhée, etc. D'où vient ce brusque changement, c'est que le phosphore est un corps qui subit rapidement de promptes altérations ; de telle sorte que, tandis que dans la première potion, le phosphore disparaissait peu à peu, ce qui expliquait la facile tolérance du malade, tolérance qui a disparu dès qu'on a employé une nouvelle potion contenant tout son phosphore.

Ce fait, que j'ai vu se passer souvent sous mes yeux, est une des causes qui, jointes à l'instabilité de l'huile phosphorée et à l'impossibilité où on est de doser la quantité de phosphore que l'on donne aux malades, m'a fait et a dû faire abandonner cette préparation.

Ce que je viens de dire à propos des potions dans lesquelles entre l'huile phosphorée s'applique tout aussi bien aux autres préparations qui contiennent ce médicament. Ainsi M. Tavignot a conseillé l'emploi des pilules suivantes :

Pr. Phosphore	10	centigrammes.
Huile d'amandes douces	8	grammes.
Savon amygdalin	8	—
Poudre inerte	Q. S.	

Dissolvez au bain-marie le phosphore dans l'huile, ajoutez le savon

et la poudre inerte et f. s. a. 100 pilules dont chacune contient 1 milligramme de phosphore.

On comprend qu'ici, plus encore peut-être que dans la potion phosphorée, le médicament perde rapidement ses propriétés, sa forme pilulaire favorisant davantage l'oxydation du phosphore par un contact plus étendu à l'air et aux rayons solaires.

On s'est servi aussi de l'éther phosphoré. Voici comment se prépare cet éther :

Phosphore...............................	4 grammes.
Éther sulfurique très-pur..................	200 —

Mettez l'éther dans un flacon bouchant à l'émeri, enveloppé de papier noir ; introduisez-y le phosphore coupé en petits morceaux ; laissez macérer pendant un mois en ayant soin d'agiter de temps en temps.

Cette préparation, qui me paraît supérieure à l'huile phosphorée, n'est pas cependant indemne de tout reproche. Le plus grand est cette préparation qui demande un mois pour se faire ; et pour qui connaît les propriétés oxydables du phosphore et ses rapides modifications, on peut se demander si, au bout d'un certain temps, ce phosphore, ainsi dissous, ne s'est pas modifié.

Quant à l'alcool, il n'y faut pas songer comme pouvant rendre des services dans les préparations phosphorées, car le phosphore y est extrêmement peu soluble, et l'alcool, à 92 degrés, ne dissoudrait que 1/400 à 1/450 de son poids de médicament.

Reste le chloroforme, et, il faut le dire, c'est le corps qui m'a paru le plus propre à dissoudre rapidement le phosphore. Cette préparation, Glower l'avait déjà utilisée. On la trouve citée dans les formulaires sous la forme que voici :

Chloroforme pur..............................	4 parties.
Phosphore....................................	1 —

Dose : 4 à 5 gouttes de cette solution avec 4 grammes d'éther dans un verre de vin de Porto.

Cette préparation est impossible à exécuter, et, quel que soit le moyen que l'on emploie, on ne peut dissoudre une partie de phosphore dans quatre de chloroforme.

Dans des recherches comparatives que j'ai faites sur la solubilité du phosphore, et qui consistaient à mettre 1 gramme de phosphore dans 100 grammes d'éther, d'alcool d'huile et de chloroforme, j'ai vu que la plus rapide dissolution appartenait évidemment à ce dernier

corps, et sans élever la température, sans agiter la solution, au bout de vingt-quatre heures le gramme de phosphore placé dans le chloroforme était complétement dissous. Restait à employer ce chloroforme phosphoré, et ici nous nous trouvions devant un second obstacle, obstacle commun à l'éther phosphoré et au chloroforme phosphoré, c'était de l'introduire dans une potion.

Pour cela, on conseille de verser un certain nombre de gouttes de ces médicaments dans un véhicule quelconque; mais je ne connais pas, pour ma part, de moyen plus incertain, plus infidèle que l'usage de ces gouttes en thérapeutique, usage qui devrait être complétement banni tant il donne lieu à des erreurs. Ainsi, tandis que 20 gouttes d'eau distillée pèsent 1 gramme, 20 gouttes de chloroforme ne donnent que 37 centigrammes ; de plus, ces gouttes sont variables, suivant le corps qui sert à les mesurer. On ne peut donc, en employant ce procédé, connaître exactement la quantité de phosphore que l'on donne aux malades.

J'ai donc dû renoncer à ce moyen, et voyant les résultats qu'on obtenait en employant les perles d'éther et de chloroforme, j'ai songé à user du même moyen, et grâce à l'obligeance et à l'habileté de M. Protière, j'ai pu obtenir des petites capsules contenant 10 centigrammes de la solution suivante :

Chloroforme.............................	1 000 grammes.
Phosphore.............................	1 —

De telle sorte que chacune de ces petites capsules contient 1 milligramme de médicament actif.

Pour éviter l'action solaire, j'ai fait colorer la gélatine, et c'est de ces capsules phosphorées dont je me sers aujourd'hui.

Dans certains cas, on a eu aussi recours à l'emploi de frictions phosphorées. Voici quelles sont les principales formules de ces liniments phosphorés :

1	Phosphore............................	50 centigrammes.
	Camphre............................	5 grammes.
	Axonge............................	80 —
	(Cruveilhier.)	
2	Huile de noix............................	100 grammes.
	Naphte............................	25 —
	Phosphore............................	20 centigrammes.
	(Tavignot.)	
3	Phosphore............................	30 centigrammes.
	Huile animale de Dippel...............	10 grammes.
	(Gerdeesen.)	

Mais on peut affirmer que ces liniments ne produisent qu'un effet tout local et que l'on ne peut faire pénétrer par la surface cutanée le phosphore dans l'économie.

Ces préparations, qui avaient été conseillées pour éviter les effets souvent fâcheux que produit le phosphore sur le tube digestif, doivent être rejetées en tant que moyen propre à maintenir le phosphore dans l'organisme.

Enfin, il y a encore le phosphore amorphe, beaucoup moins soluble et beaucoup moins vénéneux que le phosphore ordinaire, mais sur l'influence thérapeutique duquel nous sommes loin d'être fixés.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'ostéogénie chirurgicale.

Les travaux des physiologistes, de Duhamel, Heine, Flourens, etc., sur les fonctions ostéogéniques du périoste étaient bien de nature à faire naître de grandes espérances dans l'esprit des chirurgiens. Voir se reproduire les os après leur ablation, en conservant le périoste, était un résultat si merveilleux, si inattendu, qu'il devait vivement séduire.

Duhamel avait depuis longtemps démontré que le périoste produisait de l'os; mais il était important de savoir si des lambeaux de périoste complétement séparés de l'os sous-jacent reproduiraient l'os primitif. C'est ce que rechercha le professeur Heine, de Wurzbourg, dès 1832; c'est ce que recherche ensuite M. Flourens. Voici les conclusions que ce dernier physiologiste tira de ses nombreuses expériences : « On peut enlever au périoste une portion d'os, et il rend cette portion d'os ; on peut lui enlever une tête d'os, et il rend cette tête; on peut lui enlever un os entier, et il rend cet os entier. Le périoste reproduit donc et rend toutes les portions d'os qu'on lui ôte ; le périoste est la matière, l'organe, l'étoffe qui sert à toutes ces productions merveilleuses. Puisque c'est le périoste qui produit l'os, je pourrai multiplier les os d'un animal, si je veux; je pourrai lui donner des os que naturellement il n'avait pas. »

M. Flourens proclama qu'une nouvelle chirurgie était née et que l'on pourrait désormais éviter des amputations.

M. Ollier reproduisit les expériences de M. Flourens, en ajouta de nouvelles et obtint les mêmes résultats.

Les expériences physiologiques entreprises sur les animaux sont à coup sûr intéressantes et méritent toute l'attention des chirurgiens; mais il s'agit de savoir si toutes les espérances de M. Flourens se sont réalisées, si la thérapeutique chirurgicale en a retiré l'immense bénéfice que l'on était en droit d'espérer.

Différentes communications faites à l'Institut sur ce sujet, de nombreuses publications dans les journaux, engagèrent l'Académie des sciences à proposer pour le grand prix de 10,000 francs, prix doublé par l'initiative impériale, la question suivante:

De la conservation des membres par la conservation du périoste.

La question ainsi posée montre bien toutes les prétentions de la méthode. Reproduire une portion d'os n'était pas suffisant; on songeait à reproduire un os entier en conservant le périoste. C'était presque, en effet, demander la suppression des amputations annoncée par Flourens.

Nous allons, dans cet article, présenter au lecteur l'état actuel de cette question, qui a si fortement excité, dans ces derniers temps, l'attention publique, ne nous occupant uniquement que de son côté thérapeutique.

Nombre de chirurgiens, à commencer par Larghi de Verceil, ont tenté d'appliquer à la pratique les expériences de M. Flourens; mais ce sont MM. Sedillot, de Strasbourg, et Ollier, de Lyon, qui ont le plus spécialement étudié l'ostéogénie chirurgicale. Il est juste de citer le travail important de M. Marmy, confirmatif des idées de M. Sédillot, et plusieurs thèses soutenues par les élèves de M. Ollier en faveur des opinions de leur maître, celle entre autres, toute récente, de M. Marduel.

MM. Sédillot et Ollier ont vaillamment disputé le prix de l'Institut; tous les deux ont publié sur l'ostéogénie chirurgicale un ouvrage considérable; aussi ne nous occuperons-nous que des opinions émises par ces deux distingués chirurgiens.

Il est singulier de voir deux hommes également instruits, également consciencieux, prendre pour point de départ de leurs travaux les mêmes expériences physiologiques, et arriver à une opinion diamétralement opposée.

M. Sédillot s'exprime à cet égard de la façon la plus affirmative: « Notre dissentiment avec les partisans des résections sous-périostées (pratique de M. Ollier) est donc complet. Nous nous trompons ou nos adversaires se trompent, et le problème ainsi posé doit être nécessairement résolu. La vérité et l'erreur ne peu-

vent, dans les sciences d'observation, rester longtemps en présence : l'une avance, l'autre recule ; l'une est lumière, l'autre obscurité ; l'une est utilité et succès, l'autre danger et revers. »

En quoi donc diffèrent l'un de l'autre MM. Sédillot et Ollier ?

Pour M. Ollier, le périoste, sous forme de gaîne ou de lambeau, entièrement séparé des os subjacents, dont on pratique l'ablation complète, doit suffire à leur réparation.

M. Sédillot conteste que le *périoste seul* puisse reproduire un os véritable. Il prétend que toute portion d'os sain, revêtue d'un périoste adhérent, concourt à la reproduction des os par la prolifération de ses *cellules sous-périostées*, *interstitielles et médullaires*, et que ce travail régénérateur est d'une remarquable activité dans le cas où l'os a été brisé, entamé, évidé, cautérisé, soumis en un mot à un traumatisme, dont la conséquence est d'en ramener les éléments à l'état fœtal et de leur rendre les propriétés de croissance et de développement dont ils jouissent à cette époque de la vie. Dans cette doctrine, qui est générale, les pertes de substance se comblent par la multiplication, le rayonnement, le dépôt de cellules osseuses, qui se moulent sur les parties en contact, en prennent les formes et tendent à reconstituer les diaphyses et les épiphyses avec une régularité remarquable. D'après M. Sédillot, la conservation de la gaîne périostique est utile pour servir de moule à la substance osseuse nouvelle, mais encore n'est-elle pas indispensable, car elle peut être remplacée par les parties molles voisines.

Ces idées théoriques ont conduit les deux chirurgiens à une pratique différente : M. Ollier, confiant dans les propriétés ostéogéniques du périoste seul, pratique la résection complète des os, en conservant le périoste (résection sous-périostée). M. Sédillot, au contraire, pensant que la portion de l'os sous-jacente au périoste reproduit l'os, pratique ce qu'il a appelé *l'évidement des os*.

Tous deux ont avancé des faits nombreux à l'appui de leur opinion respective. — La lumière est-elle complétement faite sur cette importante question ? D'accord en cela avec l'Académie des sciences, qui a partagé le prix entre les deux concurrents, nous ne le pensons pas. Avant toutefois de donner nos raisons, il nous paraît bon d'exposer les deux méthodes, d'indiquer les procédés employés par MM. Sédillot et Ollier.

Méthode de M. Sédillot. *De l'évidement sous-périosté des os.* — L'évidement est une opération par laquelle on creuse et on excave un os, pour en séparer les parties malades et n'en laisser que les

couches saines, périphériques, corticales ou sous-périostées médiates. Les formes du membre ne sont nullement compromises, les attaches musculaires sont ménagées, le périoste reste intact, et la reproduction osseuse a lieu sous cette membrane et à l'intérieur de l'os évidé.

Les maladies qui, d'après M. Sédillot, réclament l'évidement sont : les ostéites suppurées avec séquestre, les ramollissements graisseux avec suppuration partielle du tissu spongieux des os, les infiltrations purulentes, les caries profondes ou centrales, certaines ostéo-myélites, les ostéites aiguës ou chroniques, la tuberculisation, les tumeurs fibreuses, vasculaires, enkystées ; l'enchondrôme borné à une partie de la longueur des os.

Voici comment le chirurgien de Strasbourg pratique l'évidement des os :

Une première incision longitudinale, intéressant autant que possible les trajets fistuleux, est pratiquée dans le point où l'os est le plus superficiel, le plus accessible et le plus éloigné des troncs vasculaires et nerveux. On divise les parties molles et le périoste jusqu'aux limites de la lésion osseuse. Deux autres incisions, perpendiculaires aux deux extrémités de la première, servent à former deux lambeaux allongés et plus ou moins larges, selon les surfaces à découvrir. Ces lambeaux sont renversés de chaque côté avec les portions attenantes du périoste, séparées avec soin de l'os subjacent dans une étendue de 8 à 10 millimètres.

L'os mis à nu et déjà atteint d'ouvertures fistuleuses, avec pertes de substance plus ou moins grandes et plus ou moins nombreuses, séparées par des ponts intermédiaires, infiltré, ramolli, creusé par la suppuration ou la carie, est immédiatement attaqué avec la gouge, le ciseau et le maillet. La gouge sert particulièrement à l'évidement. On pénètre dans le canal médullaire, on le creuse, on l'évide, en enlevant toutes les parties altérées, et on réduit l'os à ses couches périphériques saines, qui en conservent la forme, les dimensions et les rapports. Le périoste, l'enveloppe, les tendons, les muscles et les ligaments sont complétement ménagés.

L'évidement achevé, on remplit de charpie la cavité de l'os et la plaie extérieure, en ayant soin de ne pas s'opposer à l'écoulement des liquides.

L'os évidé se comble et se reproduit de la même manière qu'à la suite de l'extraction des séquestres. Des couches osseuses se déposent sous le périoste, les cellules médullaires et plasmatiques se répandent à la surface et au milieu de l'os. L'os ainsi reformé est

plein et n'offre plus de cavité médullaire; mais cette dernière se creuse bientôt, et la restauration devient complète.

Méthode de M. Ollier. *Résections sous-périostées.* — Fondées sur le principe de la régénération osseuse par les gaînes périostiques isolées, les résections sous-périostées, dit M. Ollier, ont pour but de réparer les pertes de substance du squelette, de conserver la forme des membres et d'en rétablir les fonctions. Les résections sous-périostées constituent un progrès, non pas tant au point de vue de la conservation des membres qu'au point de vue de l'utilité du membre conservé. Ce sont non-seulement des opérations conservatrices, mais des opérations réparatrices et régénératrices.

Voici très sommairement les règles que pose M. Ollier :

Faire toujours l'incision de la peau de manière qu'elle permette d'arriver à l'os par le plus court chemin; la conduire autant que possible à travers un interstice musculaire et ménager toutes les parties molles.

Pour décoller le périoste, M. Ollier se sert d'une rugine, d'une sonde rugine spéciales. Le décollement doit être fait avec lenteur, l'instrument ne quittant jamais l'os afin de ne pas faire de fuite; maintenir ensuite les os écartés et immobiles dans une gouttière.

M. Ollier pratique par sa méthode quatre sortes d'opérations :

1° Les résections sous-périostées proprement dites, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'enlever une portion de la diaphyse d'un os long;

2° Les résections sous-capsulo-périostées appliquées aux articulations : on conserve alors la capsule, les ligaments et le périoste sous forme de manchon;

3° Les ostéoplasties par déplacement de lambeaux périostés, destinées à reproduire les os au moyen du périoste séparé des os subjacents et transporté d'un point dans un autre : le lambeau doublé de périoste, pris au front pour refaire les os du nez, en est un exemple;

4° Les greffes périostiques et osseuses chez l'homme, par exemple, la transplantation sous la peau du front d'un lambeau périostique pris sur le tibia, comme opération préliminaire d'une rhinoplastie.

Nous n'hésitons pas à penser qu'au point de vue théorique, la vérité est du côté de M. Sédillot. Non, le périoste n'est pas l'unique agent de la réparation des os; non, le périoste *seul, chez un homme adulte*, n'a jamais reproduit un os entier, ni une surface articu-

laire; aucun fait au moins ne le prouve. Ce qui se passe dans la nécrose, dans la consolidation des fractures, dans la création des surfaces articulaires accidentelles après les luxations non réduites, prouve surabondamment que la propriété ostéogénique n'est pas dévolue au périoste seul.

Il n'est donc pas douteux que M. Sédillot ait mille fois raison de ne jamais sacrifier une parcelle d'os sain pour garder le périoste. Sa pratique de l'*évidement des os* est excellente, et ne saurait être, dans bon nombre de cas, remplacée par les résections sous-périostées. Mais convient-il réellement de donner à l'évidement des os le nom de *méthode nouvelle?* M. Sédillot le reconnaît lui-même; son procédé opératoire se retrouve dans Celse et dans Angelus Bologninus, ce dernier se sert même du mot *concavendo...* J'ajouterai que tous les chirurgiens, dans la carie, l'ostéite suppurée avec séquestre, ont de tout temps pratiqué l'évidement. M. Sédillot peut dire, il est vrai, qu'ils le pratiquaient sans le savoir. Le chirurgien de Strasbourg a insisté sur le mode de réparation osseuse; il a tracé de bonnes règles de médecine opératoire, mais voilà tout. Nous ne pensons pas que M. Sédillot ait répondu à la question si mal posée d'ailleurs par l'Institut, car M. Flourens, dans ses expériences, avait parlé du périoste seul, et non des couches osseuses sous-périostiques, comme agent ostéogénique.

M. Ollier a nettement transporté dans la pratique chirurgicale la question physiologique. Le jeune et savant chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon a fait de nombreux essais, publié de nombreuses observations sur les animaux et sur l'homme; il a enrichi la médecine opératoire d'instruments et de procédés nouveaux. Non-seulement M. Ollier est rempli d'une foi ardente dans la fonction ostéogénique du périoste, il possède encore le don de faire partager son enthousiasme à ses élèves. Nous respectons cette conviction sincère; mais nous devons avouer que les faits que nous avons vus, lus et entendus ne nous permettent pas de la partager entièrement.

Nous ne dirons rien des résections sous-périostées dans la nécrose, puisque le périoste, épaissi, décollé, est doué alors d'une propriété ostéogénique reconnue surtout depuis les expériences de Troja.

Les greffes périostiques, intéressantes au point de vue physiologique, n'ont qu'un bien faible intérêt dans la pratique.

Les ostéoplasties par déplacement de lambeaux osseux et périostiques ne sont prouvées que par un seul fait de rhinoplastie, et

encore ce fait, que M. Ollier avait bien voulu nous faire constater à Lyon, dans son service, ne nous avait-il que peu convaincu. Il n'est pas accepté par tous les chirurgiens, non plus que les uranoplasties. La suppuration détruira d'ailleurs presque toujours rapidement le périoste dans les cas très-exceptionnels où ce procédé trouvera son application.

Une opération capitale, d'un immense intérêt pratique, donnant des résultats vraiment prodigieux si les espérances de M. Ollier se réalisaient, c'est celle qu'il désigne sous le nom de *résection sous-capsulo-périostée.*

Reséquer les extrémités articulaires en conservant la capsule qui les entoure, en même temps que le périoste, qui se continue avec elle sur les segments supérieur et inférieur du membre ; conserver ainsi une sorte de manchon dans lequel on retrouvera bientôt de nouvelles surfaces articulaires, avec leur forme, leur volume et leurs propriétés physiologiques, telles sont les prétentions de la méthode. La chirurgie aura certes fait un grand pas le jour où ces résultats seront démontrés ; mais il faut bien dire qu'il ne manque à la démonstration qu'une seule chose, mais bien importante, un fait. Le jour où M. Ollier nous montrera les surfaces articulaires cariées (d'un adulte, bien entendu) enlevées sur un individu qui aura succombé plus tard et qui possédera une nouvelle articulation complète, ce jour-là M. Ollier aura réalisé l'un des plus beaux progrès de la chirurgie. Mais il est une chose qu'il est difficile de comprendre, c'est la conservation du manchon capsulo-périosté. Que cette opération puisse, à la rigueur, avec beaucoup de patience et de bons instruments, être pratiquée sur un animal sain, soit ; mais sur une articulation affectée de tumeur blanche, est-ce possible ? De deux choses l'une : ou bien la tumeur blanche est peu avancée, les ligaments, la capsule, sont encore intacts, les surfaces articulaires sont à peine entamées ; et, dans ce cas, il n'est pas un chirurgien prudent et honnête qui se permît de pratiquer la résection, alors que la guérison est possible par des moyens moins radicaux ; ou bien la tumeur blanche est assez avancée pour que la guérison ne soit plus possible sans le secours d'une opération sanglante, et nous savons alors dans quel état est l'article : trajets fistuleux, destruction complète des ligaments, absence totale de capsule, cartilages détruits, extrémités osseuses détruites ; eh bien, je le demande à M. Ollier, comment, dans ces cas, qui seuls commandent la résection, car je ne doute pas que ce ne soit là sa manière de voir, comment, dis-je, pourra-t-il conserver la capsule,

puisqu'elle n'existe plus? le périoste, puisqu'il a disparu avec la suppuration ? Ira-t-il le décoller sur les portions d'os saines placées au-dessus et au-dessous de la jointure? Mais ce serait absurde, puisqu'il reséquerait alors une partie saine dans le but de la reproduire.

Nous le répétons : une seule chose pourrait détruire ce dilemne qui nous paraît irréfutable, ce serait un fait avec autopsie; or, ni M. Ollier ni ses élèves n'en ont produit.

En résumé, M. Sédillot a mis en lumière un point de pratique, qui, bien que connu de tout temps, était resté dans l'ombre. Il a montré, par des expériences et des faits cliniques, combien la nature est puissante pour la restauration de certaines lésions osseuses. Il a reculé les limites de l'art, en substituant dans quelques cas, qui sont, il faut bien l'avouer, fort limités, une opération moins grave à une mutilation irrémédiable.

M. Ollier a enrichi la physiologie d'expériences très-ingénieuses sur les animaux; mais, moins heureux sur l'homme, il n'a pas encore réussi jusqu'alors à faire passer sa méthode dans la pratique, ni même à convaincre tous les chirurgiens de son utilité.

Il serait imprudent de porter aujourd'hui un jugement définitif; cette importante question doit rester à l'étude, et il n'est pas douteux que, dans un avenir prochain, des faits affirmatifs ou négatifs soient assez nombreux pour permettre d'établir la vérité.

Sans accepter l'expression dont M. Desgranges se servit jadis pour caractériser les résections sous-périostées, *beaucoup de bruit pour rien*, nous pouvons affirmer que la *nouvelle chirurgie* proclamée par M. Flourens n'est pas née, et que *la conservation des membres par la conservation du périoste* est encore une question à l'état embryonnaire. P. Tillaux,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Conseil médical sur la digitale.

Chaque jour les pharmaciens reçoivent des ordonnances ainsi conçues :

« Digitale.................................. une feuille.

« Faites infuser dans trois verres d'eau pendant une heure; filtrez, à boire en trois fois dans le courant de la journée.

Cette formule est illogique; son exécution, dans certains cas, peut déterminer de graves accidents. La raison en est fort simple.

La digitale pourprée est une des belles plantes d'Europe. En France, elle acquiert des hauteurs diverses; dans les montagnes de l'Auvergne, nous en avons vu des pieds qui avaient 1m,40. Les feuilles radicules mesuraient 20 centimètres, tandis que celles qui étaient le long de la tige n'avaient pas même la moitié de cette dimension.

Les feuilles de digitale sèches, entières, bien conservées, ont des poids différents : il y en a qui pèsent 1, 2 et 3 grammes. Dans une prescription non déterminée, quelle moyenne accepter? L'infusion est-elle destinée pour un homme, une femme ou un enfant? rien ne l'indique.

Le pharmacien chez lequel on présente une formule dont le poids de la digitale n'est pas déterminé, note sur son livre d'ordonnances la dose qu'il emploie, pour que, si on veut refaire l'infusion, la seconde soit identique à la première. Mais si on porte cette ordonnance dans une autre pharmacie, il est plus que probable que le médicament n'aura ni la même couleur, ni la même saveur, ni par conséquent la même action thérapeutique. Dès lors on dira que l'un des deux pharmaciens a fait une erreur.

Un célèbre praticien, M. Bouillaud, qui a expérimenté la digitale sous toutes ses formes, prescrit souvent cette substance en infusions aqueuses; il formule toujours en toutes lettres la dose de la plante. L'exemple est bon à suivre.

La digitale est rangée parmi les médicaments toxiques; les pharmaciens peuvent seuls en délivrer, et encore il faut que ce soit sur la prescription d'un médecin. Il n'en est pas toujours ainsi. J'ai été témoin du fait suivant :

Une somnambule ordonne l'usage de cette plante, sans en fixer la dose. On va chez l'herboriste, qui en donne une poignée que le malade fait infuser dans un litre d'eau. Le premier verre de cette boisson détermina de tels vomissements, qu'on dut faire appeler un médecin pour arrêter les accidents qui commençaient à se déclarer.

Heureusement le malade en fut quitte pour la peur.

Stanislas Martin.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux, t. II, 1er fascicule.

La Société médico-chirurgicale de Bordeaux poursuit avec une louable ardeur la tâche qu'elle s'est imposée, celle de faire profiter la science des faits intéressants qui se présentent dans les hôpitaux de cette ville. L'honorabilité bien connue du corps médical de cette ville, grâce à son mode de recrutement, le concours, nous permettait d'espérer que cette société prendrait un essor rapide ; elle le prouve en publiant sans relâche des travaux intéressants. La Société médico-chirurgicale de Bordeaux ne date que d'un an et demi, et elle a déjà publié trois fascicules de mémoires et de bulletins. Nous venons de recevoir le troisième, et un résumé rapide fera apprécier au lecteur tout l'intérêt qui s'y attache.

Citons d'abord deux discussions sérieuses qui ont eu lieu sur la mortalité des nourrissons et sur le traitement de la syphilis. Bien que ces deux questions aient été longuement traitées, la première à l'Académie de médecine, et la seconde à la Société de chirurgie, nous avons lu avec fruit plusieurs des travaux qui se sont produits pendant la discussion. Le rapport de M. Levieux sur la mortalité des nouveaux-né et ses conclusions nous paraissent indiquer la voie dans laquelle il faut s'engager pour combattre ce fléau qui menace gravement l'avenir de la population française. Quant au traitement de la syphilis, il a été surtout question de l'emploi du mercure, et les deux camps se sont trouvés en présence : les mercuralistes et les antimercuralistes. Cette discussion nous a valu un excellent mémoire de M. le docteur Moussous, qui a traité à fond l'historique du traitement syphilitique, et a exposé ses convictions basées sur des faits très-curieux et très-bien observés, avec cette verve éloquente qui a rendu si célèbres les orateurs girondins. Nous cédons au désir de citer la fin de son discours : « Le moment est-il venu où le règne des ultra-mercuralistes va finir ? Le vieux drapeau tapageur où l'on lisait : « Mercure toujours ! Mercure encore, » va-t-il se déchirer, et ceux qui le portent n'en auront-ils bientôt que la hampe à la main ? Sa loque fanée va-t-elle tomber au nécrologe pharmaceutique où croupissent déjà les spécifiques de la goutte, du rhumatisme, du choléra, du cancer (y compris le dernier, le perchlorure de fer), le traitement interne de la gale, les

hypophosphites de la phthisie, les saignées jugulantes, les saignées par centaines, les litres d'eau gommée, la diète absolue, et tant d'autres panacées qui témoignent que si Dieu a créé la cervelle humaine, il ne l'a pas du moins garantie ? L'avenir sera-t-il aux mercuralistes raisonneurs ? Feront-ils accepter le guidon modeste où ils ont inscrit : « Mercure avec modération et selon les indications ? » C'est ce que sauront un jour les plus jeunes d'entre nous. » Du choc de cette discussion, comme de celle de la Société de chirurgie, il nous paraît démontrées les propositions suivantes: La vérole peut guérir sans traitement; très-souvent les manifestations de la syphilis sont heureusement modifiées par le mercure. Quant à la grave question de savoir s'il faut commencer le traitement spécifique dès l'apparition de l'accident primitif, *adhuc sub judice lis est*, bien qu'il y ait une tendance marquée eu faveur de l'expectation.

Parmi les travaux originaux vraiment dignes de renom, nous avons remarqué une observation de taille prérectale due à M. Denucé, suivie de guérison. Cette opération, on le sait, n'a pas encore pris sa place dans la chirurgie. Civiale, dans ses leçons cliniques à l'hôpital Necker, ne cessait de la proclamer dangereuse. Nélaton, son inventeur, lui doit de beaux triomphes ; souhaitons-en de semblables au chirurgien de Bordeaux, et la taille prérectale ne tardera pas à être adoptée. Signalons aussi une communication du même auteur sur les corps étrangers de l'œsophage ; un fait très-instructif de guérison par élimination spontanée d'un adenome du sein rapporté par M. Azam, qui l'a fait suivre de considérations des plus judicieuses. Nous avons publié, tout dernièrement, un cas pareil emprunté à la *Gazette des hôpitaux* (1). L'espace nous manque; il faudrait tout citer. Que la Société médico-chirurgicale de Bordeaux continue comme elle a commencé, elle aura bien mérité de la science.

La Clhorose, leçons professées à l'Hôtel-Dieu de Marseille par le docteur Augustin FABRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'école de Marseille.

C'est faire certainement une œuvre utile que de prendre à partie un état morbide quelconque, d'en analyser les causes et les symptômes et de poser les indications précises qui doivent découler

---

(1) *Bull. de Thérap.*, 30 août 1867.

d'une semblable étude. Tel a été le but que s'est proposé le professeur Fabre, de Marseille, dans les leçons intéressantes qu'il vient de faire sur la chlorose, et qui, réunies en volume, constituent une remarquable monographie du sujet en question.

Il peut sembler douteux tout d'abord que l'on puisse être neuf en traitant de la chlorose, et surtout dans des leçons cliniques ; cependant, celui qui lira attentivement ce travail y trouvera certainement une interprétation des faits scientifiques aussi élevée que prudente, aussi originale que sévère. Nous nous félicitons de montrer une fois de plus, par cet exemple, quelle haute valeur gardent dans l'enseignement les foyers secondaires de l'instruction médicale, puisqu'ils donnent lieu à la production d'aussi solides travaux.

Et cependant le sujet n'est pas des plus simples, et les difficultés dont il est hérissé sont aussi nombreuses qu'importantes.

M. Fabre les formule avec autant de précision que de justesse. Quels sont les rapports des causes avec les lésions ; quels sont les rapports des lésions avec les symptômes? — De la solution donnée à cette question se déduiront naturellement les indications diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques.

Les causes principales de la chlorose semblent toutes se résoudre en un trouble de l'hématose ou de la sanguification, trouble caractérisé par l'insuffisance de ces deux fonctions. Ne sont-ce pas, en effet, toutes les causes qui diminuent la quantité ou la qualité de l'air inspiré qui peuvent provoquer la chlorose? et, avec celles-ci, les causes qui relèvent d'un régime alimentaire insuffisant?

Telle est, en effet, la condition de l'aglobulie des chlorotiques ; telle la cause qui explique tout à la fois la diminution des sécrétions et l'infirmité de tout l'ensemble de la vie nutritive.

Mais entre les phénomènes intimes de la vie nutritive et les éléments, air ou aliment, qui doivent y concourir, il y a toute une chaîne d'opérations, dont une quelconque, si elle vient à s'altérer, peut altérer ces fonctions secondaires aussi bien que le ferait la suppression des éléments eux-mêmes. Pour la nutrition, par exemple, nous comptons successivement les fonctions d'ingestion, de digestion et d'assimilation, qui doivent y concourir, sans compter ce que l'on pourrait appeler l'aptitude fonctionnelle que doit recevoir encore l'élément assimilé.

Il en est de même pour l'hématose, dans laquelle doivent s'exécuter les actes si nombreux de la respiration, l'apport de l'oxygène, sa combinaison avec le globule, et le conflit qui doit suivre entre le globule oxygéné et les différents organes de l'économie.

Mieux que je ne saurais le faire, M. Fabre a posé nettement les diverses indications qui ressortent de semblables données, et à la fin de sa savante monographie il résume ainsi le traitement de la chlorose : ce traitement relève de l'hygiène ou de la thérapeutique.

L'hygiène physique embrasse le régime et l'aération. Le régime, voici les sages conseils que donne à cet égard notre professeur : « Je suis un de ceux qui ont le plus usé et peut-être le plus abusé de cette médication. J'ai fait prendre à mes chlorotiques des quantités énormes de viande rôtie ; et, quand elles s'y sont soumises, des séries interminables de tasses de jus de viande. Eh bien ! messieurs, je dois l'avouer, cette alimentation, très-rarement tolérée, m'a donné fort peu de résultats. Pour la plupart des malades, c'est un moyen de les plonger dans l'inappétence absolue... J'en suis venu à recommander une nourriture très-variée, bien que toujours substantielle... Et de plus, je tolère, je permets, et parfois je conseille l'usage aux repas, mais aux repas seulement, d'un peu de moutarde ou de quelques condiments... »

D'aussi sages réserves sur le régime tonique à outrance, dont on persécute si souvent les chlorotiques, me semblent aussi originales que sensées. Il en est de même de l'aération, au sujet de laquelle notre auteur préconise le séjour sur la montagne comme un des remèdes les plus efficaces de la chlorose : « J'ai pu m'en convaincre par l'expérience, dit-il. Vous voyez un grand nombre de filles des Basses-Alpes et de certains cantons de la Suisse qui viennent dans notre ville perdre leurs couleurs fraîches et souvent rubicondes ; il faut que nos chlorotiques fassent précisément l'inverse ; qu'elles aillent vivre de la vie des champs, sur des côteaux de 400 à 1000 mètres au-dessus du niveau de la mer. »

Un tel fait vaut la peine d'être noté ; et si, l'expérience se généralisant, venait à consacrer un semblable résultat, nous nous associerions de grand cœur aux désirs de notre ami, qui souhaiterait « que l'assistance publique créât, dans de bonnes conditions, des fermes modèles, où l'on enverrait les chlorotiques des grandes villes, en même temps que les enfants abandonnés. »

L'auteur s'arrête sur l'hygiène morale pour blâmer sévèrement le système d'éducation qui, c'est son expression, *sévit* actuellement sur les jeunes filles.

Abordant ensuite les indications médicales, M. Fabre parle en praticien consommé de l'emploi du fer et de l'hydrothérapie.

Il nous donne nettement l'indication de ce médicament, dont on a aussi tant et si souvent abusé ; il vante son usage dans la forme

atonique et montre ses dangers dans la forme éréthique de la maladie.

« Ce qui nécessite l'usage du fer, ajoute-t-il, c'est l'aménorrhée, symptôme qui mieux que tout autre semble céder à cette médication. C'est, encore mieux, la grossesse, car alors, administrer du fer, c'est prévenir des avortements fréquemment mortels. »

En résumé : « Dans le traitement de la chlorose, nous avons un remède excellent : le changement d'air ; un bon remède : le fer ; un remède assez bon : l'hydrothérapie ; un remède médiocre : l'alimentation substantielle. »

Le travail du professeur Fabre est riche en propositions ainsi nettement formulées et sévèrement établies. Il faut lire le chapitre où il sépare l'anémie de la chlorose, celui où il rend à l'historique de ce sujet l'antiquité qui lui appartient ; celui où il expose les symptômes et trace entre leurs diverses associations les linéaments qui séparent les formes multiples de cette maladie.

Familier à tous nos progrès scientifiques modernes, aussi bien qu'aux données que la tradition nous transmet, l'auteur discute les lésions et la physiologie pathologique de la chlorose, en tenant compte tout à la fois des observations anciennes et des découvertes modernes.

Le professeur a dignement fécondé toutes les qualités dont, élève, il avait fait preuve dans ses études et ses concours ; alors qu'il avait si bien pris, au milieu de nous, une place qu'il n'a pas perdue en nous quittant.

Nouveau Compendium médical à l'usage des médecins praticiens, par le docteur A. Bossu, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale*.

Ce livre est bien connu de la plupart de nos lecteurs, qui, j'en suis sûr, le possèdent dans leur bibliothèque. Il serait parfaitement inutile d'en donner une analyse, mais nous tenons à annoncer qu'il vient d'en paraître une nouvelle édition (c'est la quatrième). Ce qui la distingue des précédentes, c'est un supplément assez considérable dans lequel M. Bossu a résumé les progrès de la science accomplis depuis 1855. Nous citerons, dans la partie consacrée à la pathologie, les articles albuminurie, atrophie musculaire, leucémie, nervosisme, et, dans le dictionnaire thérapeutique, une foule de formules nouvelles. Au courant du mouvement scientifique actuel, le rédacteur en chef de l'*Abeille médicale* pouvait mieux qu'aucun autre accomplir cette tâche ; il y aurait bien des lacunes à lui signaler, mais il a voulu avant tout faire un manuel pratique, et son but est atteint.

Notice sur le climat d'Amélie-les-Bains, par le docteur Achille Bouyer, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Parmi les nombreuses notices que nous avons reçues tout dernièrement sur les stations d'hiver, il en est une que nous tenons à signaler parce qu'elle nous fournit des renseignements précieux sur une station qui présente le double avantage de fournir aux malades atteints d'affections chroniques des voies respiratoires une température douce et régulière, et de continuer pendant l'hiver la médication sulfureuse, ce qui n'est possible dans aucune autre localité. Suivant M. Bouyer, Amélie tient le milieu entre les stations du littoral et les stations continentales : son climat est tonique et un peu excitant, et prend place à côté d'Hyères, Cannes et Menton.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Fracture grave de la jambe droite. — Tentatives de conservation.—Accidents multipliés.—Ligature des os.—Guérison [1]. — Le nommé Barrallier (Arthur-Mathurin), apprenti maçon, âgé de quinze ans, très-développé pour son âge, tombe, le 21 mai 1865, dans l'après-midi, de 15 mètres de haut, sur une pierre de taille, et se fracture la jambe droite, à quatre travers de doigt de l'articulation tibio-tarsienne.

Le tibia et le péroné, rompus presque transversalement au même niveau, déchirent largement les téguments à la partie interne du membre et font saillie au dehors. Rupture de l'artère interosseuse, qui fournit une très-abondante hémorrhagie. Le blessé reste sans secours pendant près de quatre heures.

Transporté à l'hospice civil de Toulon et couché dans le service du chirurgien en chef, M. Long, on essaye de réduire la fracture, mais on n'y parvient qu'incomplétement. Application de perchlorure de fer sur le vaisseau divisé, pour arrêter l'hémorrhagie ; bandage à faux fanons; irrigations froides pendant toute la nuit; potion avec 5 centigrammes d'opium.

Le lendemain matin, M. Long procède à la réduction et l'obtient. La plaie est recouverte d'un plumasseau de charpie sèche. Le membre est replacé dans l'appareil à faux fanons. Irrigations froides, bouillon. Le soir, la fièvre traumatique se manifeste, mais d'une manière modérée, et, pendant la première semaine, on ne constate qu'une réaction inflammatoire modérée.

Le neuvième jour, les douleurs sont vives, la tuméfaction considérable; rougeur érysipélateuse; la suppuration devient fétide; mouvement fébrile à deux reprises. En examinant le membre,

(1) Observation recueillie dans le service de M. le docteur Long, chirurgien en chef des hospices civils de Toulon (Var).

M. Long voit l'indice d'un foyer purulent à 4 centimètres au-dessus de la plaie, qui communique avec le foyer de la fracture. Il y fait une incision qui fournit un abondant flot de pus.

Rémission des symptômes pendant quelques jours; mais, le quinzième jour de la fracture, un autre phlegmon se forme au niveau de la malléole externe. Incision qui fournit aussi beaucoup de pus.

Le dix-huitième jour, nouvelle incision à 5 centimètres au-dessus de la malléole externe, pour évacuer du pus colligé.

Le membre paraît bientôt dans un état si grave qu'on désespère de le conserver : d'une part, la plaie produite par les os au moment de la fracture, largement déchirée et couverte de putrilage en plusieurs endroits, laisse voir les os à nu ; d'autre part, l'incision faite sur le premier abcès s'est agrandie par le renversement de ses lèvres boursouflées.

Enfin, les deux dernières incisions ont très-mauvais aspect. En pressant sur les divers points du membre, le long des gaînes musculaires, on fait sortir des flots de pus mal lié par ces diverses ouvertures. M. Long fait passer deux tubes à drainage, un de la première incision à la plaie primitive, traversant le foyer de la fracture ; l'autre entre les deux ouvertures qui existent auprès de la malléole externe. Injections d'eau chlorurée, de décoction de quinquina. On diminue peu à peu les irrigations. Le malade s'affaiblit ; frissons le soir ; la suppuration est extrêmement abondante et d'une fétidité qui incommode les voisins. Bref, l'indication d'une intervention chirurgicale plus active est pressante. A chaque pansement, il se produit des mouvements de frottement entre les os, qui baignent dans un liquide putride. Il n'y a absolument aucun travail de consolidation.

Après avoir penché vers l'idée de l'amputation, M. Long, considérant que le sujet, très-vigoureux au moment de l'accident, est encore fort; que, malgré la déchirure artérielle précitée, les deux artères tibiales conservées assurent la nutrition du pied, qui est à la température ordinaire et sensible dans tous les points ; songeant enfin à la triste condition d'un ouvrier amputé et aux succès qu'il a obtenus déjà de la ligature des os dans des cas pareils, se décide à embrasser les fragments avec un lien métallique pour les maintenir en contact immédiat solide.

Voici comment il procède à l'opération : Le malade étant soumis à l'action du chloroforme, la plaie de la fracture est agrandie par une incision verticale. Le fragment supérieur du tibia est attiré au dehors et reséqué en bec de flûte, de manière à ne pas diminuer beaucoup sa longueur ; le fragment inférieur est aussi reséqué de la même manière. On fait alors passer deux anses de fil de fer très-bien recuit derrière les os et on maintient ainsi les fragments appliqués l'un à l'autre par deux viroles métalliques que l'on serre fortement et dont les chefs sont laissés en saillie dans la plaie. On pratique un autre débridement pour donner large issue à un clapier purulent ; on passe trois tubes à drainage dans la région et on fait de très-abondants lavages à l'eau chlorurée et à la décoction de quinquina.

La réaction de cette opération est presque nulle. Dès le lendemain la fétidité disparaît. La suppuration diminue bientôt, et les bourgeons charnus louables ne tardent pas à se montrer.

Vers le 20 juin, les tubes à drainage sont enlevés.

Le 3 juillet, les plaies sont vermeilles ; la suppuration très-faible ; la consolidation des os déjà bien dessinée. M. Long essaye de retirer les fils de fer ; mais il reconnaît qu'il n'y arriverait qu'en exerçant des tractions puissantes qui mettraient le commencement de consolidation qui existe en danger ; alors il coupe, à l'aide d'une pince incisive, les chefs des fils de fer au niveau des chairs, aussi près de l'os que possible, et il fait panser simplement.

Les plaies des incisions sont cicatrisées à la fin de juillet. La plaie de la fracture est guérie le 10 août. On laisse le membre dans l'appareil à faux fanons jusqu'au 20 septembre.

Le 10 octobre, la consolidation de la fracture est assez avancée pour que le membre puisse être débarrassé de ses attelles.

Le 15 octobre, Barrallier se lève pour la première fois et fait quelques pas avec deux béquilles.

Le 12 décembre, le blessé remplace les béquilles par une canne et peut descendre les escaliers.

Le 5 janvier, la canne est supprimée. Le blessé marche sans beaucoup de claudication.

Le 28 janvier 1866, Barrallier est mis *exeat*. Il marche très-bien et pendant plusieurs heures sans fatigue, boitant très-peu. La fracture est consolidée, avec un cal volumineux, mais régulier. On ne sent nulle part la saillie des fils de fer qui cerclent l'os de la jambe. Les parties molles sont bien cicatrisées. La cicatrice de la plaie primitive est largement adhérente au tibia, mais néanmoins solide.

Dans le courant du mois de février 1866, Barrallier, qui, depuis sa sortie de l'hôpital, était entré en apprentissage chez un cordonnier, reprend son ancien métier de maçon, et n'a plus eu besoin de suspendre son travail depuis.

Le 10 octobre 1867, le sujet est examiné avec soin, et voici dans quelle situation je le trouve : Cicatrice adhérente à l'os, mais très-solide, au niveau de la fracture ; trace des incisions très-bien cicatrisée.

La jambe est rectiligne ; cal volumineux, mais très-régulier ; on sent que le tibia et le péroné sont soudés et font une sorte de bloc osseux à peu près cylindrique ; le toucher ne permet plus de sentir à travers les téguments les deux anses de fils de fer laissées par M. Long autour du tibia. L'articulation tibio-tarsienne a conservé ses mouvements dans à peu près toute leur amplitude. Le pied est à l'état normal.

Les dimensions comparatives des deux membres sont les suivantes :

Jambe gauche (saine), du bord inférieur de la rotule à l'extrémité de la malléole externe, 41 centimètres.

Jambe droite (fracturée), 37 centimètres.

Circonférence de la jambe saine au point où l'autre a été fracturée, 22 centimètres.

Circonférence de la jambe droite au niveau de la fracture, 25 centimètres.

Malgré le raccourcissement de 4 centimètres, Barrallier ne boite que très-peu, appuyant sur l'extrémité du pied droit pour suppléer au défaut de longueur du tibia reséqué. L'abandon des deux anses de fil de fer autour de l'os n'a eu absolument aucun inconvénient pour lui, puisque la cicatrisation des parties molles n'en a pas été entravée, et que, depuis près de deux ans, rien n'a rappelé leur existence dans l'épaisseur de la jambe. Il est très-ingambe, monte avec facilité les échelles, marche sur les échafaudages ; en un mot, gagne sa journée de maçon comme tous les ouvriers ordinaires de son âge.

Dr Bérenger-Féraud,
de la marine impériale.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Application de l'oxygène au traitement de la paralysie diphthéritique. Nous avons déjà, à plusieurs reprises, entretenu nos lecteurs des récentes tentatives faites pour introduire dans la thérapeutique le gaz oxygène. Nous avons publié les travaux de Demarquay, Bérenger-Féraud, voici une nouvelle application due au docteur Foucher de Levroux (Indre). Notre confrère s'étant trouvé en présence d'une épidémie de diphthérie, a perdu deux malades adultes de paralysie diphthéritique; c'est alors qu'il a eu l'idée d'essayer l'oxygène, et il a réussi dans les deux cas suivants :

I. En mars 1866, un homme de trente-six ans était atteint de paralysie diphthérique; au bout de trois semaines, malgré l'usage d'un traitement tonique, l'affection s'était aggravée; la déglutition, la respiration étaient extrêmement pénibles, la parole des plus difficiles, la vue troublée; la paralysie atteignait aussi les membres. Dans le but de faciliter l'hématose, M. Faucher fit inhaler au malade une quantité d'oxygène qui, bien que très-minime, lui procura un bien-être momentané. Après une suspension de quatre jours, par suite de circonstances fortuites, une nouvelle dose d'oxygène fut administrée, et il en résulta encore une amélioration, qui, cette fois, persista et se développa; car au bout de quelques heures et surtout le lendemain, la gêne de la déglutition, de la respiration et de la parole avait notablement diminué. Là se borna cette première tentative fort restreinte; le malade finit d'ailleurs par se rétablir.

II. Une dame de vingt-huit ans, chez laquelle la paralysie et un affaiblissement extrême, suite de diphthérite, allaient toujours croissant, depuis quinze jours; la dyspnée et surtout la dysphagie étaient très-grandes. Le 16 septembre 1866, inhalation d'oxygène. Dès le jour même, la paralysie du pharynx, celle des muscles respirateurs, tous les symptômes, étaient très-favorablement modifiés; dès le lendemain, la malade pouvait se lever, et le changement le plus notable s'accomplissait dans son état. Cinq jours après, la malade était languissante, malgré les médicaments toniques qu'elle prenait, et la paralysie se manifestant dans les membres, les inhalations d'oxygène furent reprises: quelques litres pris dans l'espace de six jours dissipèrent en grande partie cette paralysie et produisirent encore un effet salutaire sur l'état cachectique. Pendant le mois d'octobre, la malade pouvant aller et venir, quoique non complétement rétablie, et s'étant absentée, négligea le traitement qui lui avait été prescrit. La faiblesse, l'engourdissement des membres reparurent. L'oxygène donné pendant quatre jours eut une prompte efficacité, et dès

lors le rétablissement de la malade se fit en quelques journées. (*Union méd.*, 1867, nº 152.)

Du traitement de l'eczéma variqueux. Ayant eu dernièrement l'occasion de traiter avec succès trois malades atteints d'eczéma variqueux, et qui, depuis longtemps, suivaient sans avantage des médications diverses, le docteur Bouteillier a cru utile de faire connaître leur observation. Ce sera une occasion de rappeler la thérapeutique recommandée, dans les cas de ce genre, par M. Devergie, à qui revient tout le mérite de ce succès. Le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis a indiqué, dès 1846 (1), le moyen auquel il accorde encore la préférence aujourd'hui. On applique sur la surface malade une compresse trempée dans la solution suivante :

Dextrine.	125 gr.
Eau bouillante sans addition d'alcool. .	1 litre.

On entoure ensuite la jambe avec une bande trempée dans le même liquide, en ayant soin de n'exercer qu'une douce pression. « On l'arrose de nouveau et on la laisse sécher peu à peu. On ne renouvelle ce bandage que quand les bandes tendent à se défaire, c'est-à-dire vers le quatrième ou le cinquième jour. Le malade peut prendre quelque exercice ; il n'a pas besoin de bains, et la guérison est en général très-prompte. Il faut, pour employer ce moyen, que l'eczéma ne sécrète plus sensiblement. »

Est-ce la dextrine? est-ce la compression à laquelle on doit rapporter la guérison ? ou bien sont-ce les deux à la fois qui agissent ? la compression seule est insuffisante, puisque les malades portaient avant le traitement les mêmes bas qu'ils portent maintenant. Du reste, voici ce qu'en dit M. Devergie : « Ayant fait porter alternativement à quelques-uns de mes malades un bas lacé, puis le bandage dextriné, les effets ont été infiniment préférables avec ce dernier moyen. Il y a plus ; les affections restaient stationnaires avec un bas lacé seul. Quant à la bande sans dextrine, elle devient utile, mais elle s'imbibe très-facilement de fluide sécrété, et on ne l'enlève qu'avec peine, parce qu'il est long et parfois impossible de l'humecter d'eau tiède, d'où résultent des arrachements considérables d'épiderme. »

M. Devergie a de même constaté que la dextrine seule « ne produit aucun résultat avantageux. »

C'est donc aux deux moyens combinés qu'est due l'efficacité du traitement. (*Abeille médicale.*)

Double hématocèle de la tunique vaginale, traitée et guérie par la décortication. Lorsqu'on a affaire à une hématocèle qui a été traitée sans succès par les moyens usuels, qui a résisté notamment à l'injection iodée, quelle est, des deux opérations qui ont été proposées en pareil cas, la castration et la décortication, c'est-à-dire l'ablation de la fausse membrane, qui constitue la lésion caractéristique de la maladie, celle à laquelle il convient d'avoir recours? La plupart des chirurgiens donnent la préférence à la première ; mais il n'en est pas de même de M. Gosselin, qui, comme on sait, préfère la décortication, même dans les cas d'hématocèle unilatérale, à plus forte raison quand la maladie occupe les deux côtés à la fois, et surtout aussi quand elle se rencontre chez un homme encore jeune. Le savant professeur a obtenu récemment, à l'aide de cette opération, dont on peut dire qu'il a fixé les règles, un très-beau succès sur un malade âgé de vingt-sept ans.

Ce jeune homme avait été opéré, au mois de mars dernier, des deux côtés du scrotum par l'injection iodée. Après les injections faites à quinze jours d'intervalle, les deux poches ont suppuré ; une ouverture s'est établie sur chacune d'elles ; elles sont restées fistuleuses, et ont donné issue à une abondante quantité de pus très-fétide. Lorsque le malade vint trouver, pour la première fois, M. Gosselin, un stylet, conduit par les orifices fistuleux, arrivait dans une cavité spacieuse qui ne pouvait être que la cavité vaginale. Les bourses offraient le gonflement et l'épaississement caractéristiques de la vaginalité chronique avec fausse membrane, tapissant chacune des poches vaginales. La suppuration, extrêmement abondante, avait amené un véritable état d'hecticité.

En présence d'une telle situation que fallait-il faire? La double castration était une ressource cruelle chez un jeune homme de vingt-sept ans. La simple incision de la poche exposait à

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1846, nº 5.

avoir fait une opération inutile, car les fausses membranes, qui doublent la séreuse dans l'hématocèle, ont peu de tendance à la formation des bourgeons charnus, nécessaires pour amener l'oblitération de la tunique vaginale, par un mécanisme analogue à celui de la cicatrisation. La décortication n'exposait pas à ces inconvénients, puisque, en débarrassant la cavité d'un tissu impropre à la granulation, elle devait rendre à la paroi de cette cavité la faculté de se cicatriser.

La décortication fut donc faite, du côté droit, le 8 août dernier, et le 25 août, du côté gauche. Les suites ont été simples, et vers la fin d'octobre la guérison était assez avancée pour que le malade pût aller passer quinze jours à Vincennes. Au sortir de cette maison, M. Gosselin l'a repris dans son service, afin de pouvoir l'étudier sous le rapport fonctionnel. Or, sans entrer dans les détails, il nous suffira de dire que la forme et le volume des organes sont conservés, et qu'il en est de même de la virilité; car il y a des érections, des désirs, des éjaculations; reste à savoir si le sperme sera fécondant: c'est là un point qui reste douteux. (*Gaz. des hôp.*, 1867, nº 145.)

Bromure de potassium contre les convulsions puerpérales. L'observation suivante est relatée par le docteur C. Shoyer, de Leavenworth (Kansas). L'auteur pense que c'est la première fois que le bromure de potassium a été employé dans le traitement des convulsions puerpérales; il le recommande aux praticiens.

Mme H., âgée de dix-huit ans, primipare, se plaignit, le 30 avril dernier, de fortes douleurs à l'estomac, que le docteur Shoyer attribuait d'abord au début du travail. Pendant la nuit, elle vomit et eut deux selles à la suite de l'administration d'une demi-once d'huile de ricin. Pour assouvir sa faim insatiable, elle usa copieusement de pain, de viande, etc., avalant sans mastication préalable, comme l'événement le prouva. Ainsi se passa la nuit. Dans la matinée du 1er mai, elle se leva à sept heures, dans l'intention de manger de nouveau, mais elle tomba évanouie; placée sur son lit, elle y resta en proie à de violentes convulsions. A huit heures, les convulsions étaient excessives, la respiration stertoreuse, les pupilles insensibles à la lumière, les mâchoires serrées, la bouche écumante. Cinq gouttes d'huile de croton (!) furent données en une heure, mais sans effet. Le chloroforme calmait les convulsions tant que durait son administration. Le docteur Shoyer, convaincu que l'enfant était mort, fit la ponction des membranes pour produire l'accouchement. Bientôt elle commença à vomir, rejetant de grands morceaux de pain, de viande et d'autres substances alimentaires. Elle resta un moment soulagée; on en profita pour lui donner une mixture purgative, elle eut trois selles copieuses, qu'elle lâcha dans son lit, sans en avoir conscience. Après environ trois heures de calme, les premières douleurs de l'accouchement se déclarèrent vers cinq heures de l'après-dîner. A la suite d'une consultation, on avait résolu de donner le bromure de potassium, 15 grains par heure, et d'en observer les effets. Depuis l'administration de la première dose jusqu'à la fin de l'accouchement, c'est-à-dire pendant un laps de temps de vingt et une heures et demie, elle n'eut pas de convulsions. Le bromure fut donné pendant cinq heures successives, et après à des intervalles plus grands, lorsque l'état stertoreux avait cessé et qu'elle était somnolente; vers la fin du travail, les intervalles étaient de quatre heures.

L'enfant naquit à deux heures et demie de l'après-dîner du 2 mai; il était de huit mois et demi, et avait cessé de vivre depuis quelques jours, comme le dénotait l'état de la peau. La femme prit en somme 2 drachmes et demie (10 grammes) de bromure pendant dix-neuf heures et demie. La somnolence persista jusque dans la matinée du troisième jour. Elle se réveilla d'un long sommeil, n'ayant aucune notion de ce qui s'était passé, pas même de ce qu'elle avait donné naissance à un enfant. L'examen des urines, fait trente heures après, ne décéla pas la présence d'albumine. (*New-York medical record*. 1.)

Traitement de l'érysipèle par les toniques. Bien que nous ayons maintes fois déjà enregistré des faits témoignant que tel doit être le traitement dans certains cas de cette affection, nous y revenons encore aujourd'hui; car, ainsi que nous l'avons fait remarquer antérieurement, les idées généralement reçues parmi les médecins sur la nature de l'érysipèle ont grand' peine à se conformer, sur ce point, à ce qu'enseigne la pra-

tique des maîtres, et que démontre l'observation suivante, empruntée à la clinique de M. le professeur Béhier.

Le sujet de cette observation est un homme de quarante-quatre ans, vigoureux, ayant toujours joui d'une parfaite santé. Le 29 octobre dernier, deux heures après un déjeuner copieux, cet homme fut pris d'un frisson violent, qui ne se calma qu'au bout de cinq heures, et il sentit alors son oreille gauche gonflée et douloureuse; à la suite, nuit agitée, sueurs profuses. Le lendemain, les parties voisines de la tête et du cou étaient également le siége de gonflement et de douleur. Anorexie; d'ailleurs, ni céphalalgie ni vomissements. Le malade, faute d'un examen suffisant, n'a pas remarqué d'engorgement sous-maxillaire. Dans la journée du 30, la rougeur envahit la joue, l'œil, le front du côté gauche de la tête; le soir, il y avait une amélioration sensible de l'oreille et du côté de la face d'où était parti l'érysipèle. Dans la nuit du 30 au 31, la fièvre reparut avec de l'agitation, et il se fit une nouvelle poussée érysipélateuse qui, partant du cou, envahit la ligne médiane, les lèvres et le front. Tous les phénomènes se calmèrent jusqu'au 2 novembre, et le 3 il y eut encore une autre poussée, avec recrudescence des phénomènes fébriles. Le malade entra le 4 au soir à l'hôpital, et le 5 on constatait sur la face et au niveau de la ligne médiane, sur le front et sur le nez, des plaques d'un rouge sombre. Sur la partie latérale gauche, la peau était le siége d'une desquamation abondante, et l'examen de la région sous-maxillaire droite y montrait des ganglions engorgés.

En présence d'un tel état, quelle conduite convenait-il de tenir? Pour décider cette question, l'éminent clinicien recherche le retentissement que cet état local avait sur l'ensemble de l'économie. Or, l'éruption avait lieu par marbrures inégales, comme dans les érysipèles de nature fâcheuse; mais le malade n'offrait pas cette débilité qui s'observe chez les individus atteints de ces érysipèles dits *ambulants*, réputés graves et dangereux. Il ne présentait pas non plus un pouls à tension artérielle forte, c'est-à-dire petit et sans ampleur; son pouls, au contraire, était régulier, mou, large, à 60°; la peau avait sa température normale; ainsi donc, pas de fièvre. L'examen de la langue ne révélait aucun retentissement vers l'estomac aucun trouble des fonctions digestives.

En présence de cet état, qui montrait que l'économie supportait bien ce désordre, M. Béhier pensa que celui-ci s'arrêterait bientôt; mais comme il y avait déjà eu plusieurs poussées érysipélateuses successives, et comme cet accident pouvait encore se renouveler, comme l'érysipèle pouvait s'étendre vers le cuir chevelu, il crut utile d'aider à la résistance du malade, et de chercher à l'élever au niveau de la besogne qu'il avait à faire pour résoudre l'altération de la peau: des toniques, du quinquina furent administrés, et tous les phénomènes morbides s'arrêtèrent promptement.

Ce fait prouve une fois de plus que la vraie règle fondamentale de toute thérapeutique, c'est l'état des forces du malade, quel que soit l'état local coïncident. (*Un. méd.*, 1868, n° 2.)

De la médication arsenicale dans le traitement des maladies de la peau. M. Gailleton résume ainsi sa pratique: On suivra dans la conduite du traitement arsenical chez un homme adulte les règles suivantes:

1° Donner d'emblée la liqueur de Fowler à la dose de dix à douze gouttes;

2° Prendre en trois fois au moins la dose indiquée, au moment du repas, dans du vin;

3° Si le médicament est bien supporté, élever rapidement les doses de manière à arriver en huit jours de seize à vingt gouttes;

4° Continuer cette dose jusqu'au moment où se manifestent les premiers effets physiologiques du médicament, ophthalmie, perte d'appétit, céphalée, etc.;

5° A l'apparition de ces symptômes, s'ils sont légers et que l'état général du sujet soit bon, diminuer la dose d'un tiers et attendre. Si les accidents ne paraissent pas diminuer, abaisser la dose de moitié;

6° Si les accidents devenaient plus sérieux et que le malade éprouvât quelques symptômes du côté des organes digestifs ou du système nerveux, suspendre le remède pendant quelques jours;

7° Après une suspension momentanée, reprendre l'emploi de l'arsenic à dose faible, cette fois six à huit gouttes par jour; si l'affection entre franchement en voie de résolution, continuer à la même dose; si elle

reste stationnaire ou augmente progressivement de deux gouttes par jour;

8° Après la disparition de l'éruption, on fera prendre pendant un mois ou deux de trois à quatre gouttes de liqueur de Fowler;

9° Un régime tonique, l'emploi des bains sulfureux sont des auxiliaires utiles de la médication arsenicale. (*Journ. de méd. de Lyon.*)

Guérison radicale de varices. M. Hervieux vient d'observer, dans son service à la Maternité, une femme qui, à la suite d'une phlébite puerpérale suppurative, s'est trouvée radicalement guérie de varices volumineuses qu'elle portait depuis dix ans. Ces varices étaient survenues pendant une première grossesse, et avaient pris un développement considérable durant une seconde. M. Hervieux fait remarquer que, de tous les moyens qui sont mis en usage pour la guérison des varices (ligature, injections de perchlorure de fer, caustiques, etc.), aucun n'a jamais obtenu de résultat aussi absolument et définitivement curatif que les phlébites oblitérantes qu'a présentées cette femme. Voici, en résumé, son histoire : Elle entra à la fin d'août à la Maternité, et y accoucha le 1er septembre. Peu de temps après, des accidents graves se manifestèrent : frisson, fièvre, diarrhée, prostration, abattement, teint jaunâtre. Du côté des membres inférieurs survint un empâtement œdémateux, au milieu duquel on sentait des flexuosités variqueuses, dures et très-douloureuses. Presqu'en même temps on voyait commencer sur la face dorsale de la main droite une tuméfaction œdémateuse et phlegmoneuse. Bientôt on put ouvrir à la face interne de la cuisse gauche deux vastes abcès; d'autres se produisirent, qu'on ouvrit également sur le membre inférieur droit, à la main droite, à l'épaule gauche, vers la fosse sus-épineuse: enfin, le 15 septembre, on constatait aussi un peu de pelvi-péritonite à gauche, qui heureusement fut rapidement modifiée par le traitement. A mesure que les abcès étaient ouverts (et l'on en incisa jusqu'à vingt-deux à la partie interne des membres inférieurs en l'espace de quelques semaines), on vit l'œdème des jambes diminuer, et quand il disparut on s'assura que les varices n'existaient plus, qu'elles étaient, en un mot, complétement guéries. La malade, quinze jours après sa sortie de l'hôpital, fut revue par M. Hervieux: malgré les marches et les fatigues, la guérison s'était maintenue. Aujourd'hui on peut considérer la guérison comme définitive.

M. Hervieux, cherchant la cause de ces phlébites suppuratives, oblitérantes et destructives, n'hésite pas à les rattacher, non à la fièvre puerpérale, mais à l'empoisonnement puerpéral, qui, dans ces cas, se manifeste du côté des veines, tandis que, suivant le temps, les lieux et les personnes, il produit chez d'autres femmes une péritonite, ou une pleurésie, ou une scarlatine, ou un phlegmon. Il est d'ailleurs remarquable que cette localisation, pour ainsi dire, soit si rare, car il entre tous les jours dans les maternités des femmes ayant des varices considérables, et il y a des années où l'on ne voit aucun cas de phlébite variqueuse, tandis que, dans d'autres, on aura l'occasion d'en observer plusieurs exemples.

Pour cette fois, l'empoisonnement puerpéral aura eu l'avantage incontestable de guérir cette femme de ses varices, infirmité assez grave, et que les moyens chirurgicaux sont impuissants à combattre d'une manière toujours efficace. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1868, n° 1.)

Anévrysme volumineux de l'artère fémorale traité avec succès par la compression de l'aorte abdominale. Ce procédé, préconisé et déjà employé avec de bons résultats par le docteur Murray, de Newcastle, vient d'être mis à profit par M. Lawson, à l'hôpital de Middlesex, sur un malade de son service, chez lequel la compression, d'abord exercée directement sur le vaisseau affecté, n'avait produit que des effets insuffisants.

Le malade, homme âgé de 36 ans, palfrenier, admis à l'hôpital le 20 août dernier, n'avait commencé à s'apercevoir de sa maladie qu'environ trois mois auparavant. A un peu moins d'un pouce au-dessous du pli de l'aine gauche existait une tumeur de forme ovale, saillante, de trois pouces et demi de long sur trois de large, élastique, présentant des pulsations énergiques isochrones à la systole cardiaque, et des mouvements d'expansion manifestes. Bruits du cœur normaux; les artères des autres parties du corps sans altération, autant qu'il était possible de s'en apercevoir.

Le lendemain de l'entrée, M. Law-

son commença le traitement en appliquant le compresseur de Carte sur l'artère fémoral, au niveau de l'aine, et serrant graduellement la pelote jusqu'à supprimer à peu près complétement l'abord du sang dans la tumeur. D'abord, le malade ne put supporter la compression plus d'une heure de suite, et il fallut relâcher le tourniquet plusieurs fois dans l'espace de vingt-quatre heures. Mais, bientôt, il s'y habitua, et prit lui-même le soin de régler l'action de l'instrument, le serrant et le desserrant suivant qu'il pouvait plus ou moins longtemps tolérer la douleur; assez fréquemment le tourniquet fut enlevé pendant la nuit. Au bout de six semaines, la tumeur était devenue plus dure, plutôt un peu moins volumineuse, l'impulsion moins forte; mais comme ces changements n'étaient en somme que fort médiocrement accusés, M. Lawson se décida à recourir au procédé de Murray, c'est-à dire à faire la compression de l'aorte abdominale de manière à intercepter totalement l'abord du sang dans la tumeur anévrysmale.

Le 10 octobre, à trois heures, après avoir débarrassé l'intestin au moyen d'un lavement, et le malade ayant été placé sous l'influence du chloroforme, un tourniquet de Lister fut appliqué sur l'aorte abdominale, immédiatement au-dessus de l'ombilic, et un autre tourniquet sur l'artère fémorale, immédiatement au-dessous de l'anévrysme, M. Moore surveillant le premier compresseur, tandis que M. Lawson tenait le doigt sur la tumeur afin de reconnaître si le sang y pénétrait. La compression fut maintenue vingt-trois minutes; une seule fois, à la fin de la quatrième minute, une ondée sanguine se fit sentir dans l'anévrysme; le tourniquet placé sur l'aorte fut aussitôt resserré; pendant les dix-neuf autres minutes, la compression fut complète et il n'entra pas de sang dans la tumeur. A ce moment le malade paraissait affaissé, et des vomissements se manifestant, les tourniquets furent enlevés et l'administration du chloroforme interrompue. La force des pulsations avait diminué, mais il se pouvait que cette diminution fût causée par l'état de collapsus. On replaça le malade dans son lit, et le compresseur de Carte fut réappliqué sur la fémorale. Quand les effets du chloroforme eurent été dissipés, il se plaignit d'une sensation de froid et d'engourdissement dans les membres inférieurs, en même temps que de douleur dans le ventre. A sept heures du soir, ne sentant plus de pulsations dans la tumeur, il ôta lui-même le compresseur, et le chirurgien interne appelé constata également qu'il n'y existait plus aucun battement. Depuis lors la situation du malade n'a cessé d'aller en s'améliorant. Le 17 octobre, le sac anévrysmal donnait la sensation d'une masse ovale, dure; l'artère battait énergiquement, mais toute expansion avait disparu dans la tumeur. (*Lancet*, 26 oct. 1867.)

Empoisonnement par l'acide oxalique. Le cas suivant, accompagné d'observations nécroscopiques, offre cette particularité que la langue et la cavité buccale n'avaient subi aucune altération, tandis qu'on trouvait une large eschare à l'extrémité inférieure de la grande courbure de l'estomac. En général, dans les empoisonnements par cet acide, on constate une coloration blanche et un ramollissement variable de la bouche, plutôt qu'un effet corrosif.

Le 22 mai dernier, une femme de trente-six ans, habituellement bien portante, avala volontairement une once d'acide oxalique. Bientôt après, sensation de brûlure à la gorge et à l'épigastre, étourdissements, selles et vomissements sanguinolents A son entrée à l'hôpital (King's college hospital, service du docteur Beale), vives douleurs d'estomac, nausées et vomissements, soif intense, extrémités froides, yeux enfoncés, face pâle.

Prescriptions : eau et craie, demi-drachme de carbonate de magnésie; entretenir les vomissements avec moutarde et eau chaude ; bouteilles d'eau chaude aux pieds et stimulants à l'intérieur. Le pouls, d'abord insensible, se relève, mais les vomissements durent toute la nuit, ainsi que les évacuations sanglantes ; 104 pulsations ; le lait donné par la bouche est rejeté.

Le lendemain 25, les douleurs abdominales sont toujours très-vives, la voix est rauque, le pouls à 72. (Lavements de lait et d'eau-de-vie.) Elle vécut encore six jours, et finit par s'éteindre, à la suite de douleurs atroces dans l'abdomen et le dos, les évacuations étant incessantes. On lui donna constamment du lait et du bouillon de bœuf à la glace, avec un peu d'eau-de-vie.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort : bouche et langue à l'état normal; épiglotte rouge et érodée à sa

face inférieure. La plus grande partie de la muqueuse œsophagienne est détruite, surtout à la partie inférieure; estomac congestionné et distendu; la partie inférieure de la grande courbure est le siége d'une eschare irrégulière, de l'étendue d'une pièce de 5 shillings; parois épaissies, tunique péritonéale opaque et boursouflée; les membranes intestinales sont congestionnées et d'une grande épaisseur. L'iléon renferme de nombreuses eschares d'une couleur d'ochre, intéressant tout l'intestin, à l'exception des glandes de Peyer. Congestion de la tunique séreuse; pas d'ulcérations dans le gros intestin; hypertrophie des glandes isolées; absence de péritonite, engouement des poumons à la base. La trachée, les bronches, le cœur et le fuie n'offrent rien de particulier. La substauce corticale des reins est tuméfiée et œdémateuse; quelques-uns des tubes présentent une grande quantité de cellules; ganglions mésentériques à l'état normal. (*The Lancet*, 28 septembre 1867.)

Deux cas d'anus anormal guéris par la suture. M. le professeur Verneuil a fait dernièrement à la Société de chirurgie un rapport sur un mémoire de M. le docteur Patry, de Sainte-Maure, relatif à deux cas d'anus anormal guéris par la suture. Voici l'analyse de ces deux cas.

Dans le premier, il s'agit d'un enfant de huit mois, chez lequel la fistule stercorale était le résultat de l'étranglement de l'intestin, qui avait été compris, par la main d'une femme inexpérimentée, dans la ligature du cordon ombilical placée très-près du ventre. A l'époque où M. Patry vit le petit malade pour la première fois (janvier 1839), l'ouverture ombilicale permettait facilement l'introduction d'une sonde de femme; elle était entourée par un bourrelet muqueux à bords très-saillants, facilement réductibles; elle livrait passage à une quantité de matières à peu près égale à celle qui s'écoulait par l'anus. Après s'être assuré, en fermant l'ouverture ombilicale, que les matières parcouraient tout l'intestin sans provoquer d'accidents abdominaux, et qu'elles s'écoulaient en totalité par l'anus, M. Patry chercha à obtenir la guérison de cet enfant, au moyen de la cautérisation aidée de la compression. Mais ce traitement, continué pendant deux mois, ayant complétement échoué, le chirurgien se décida à tenter la suture. Pour cela, il pratiqua une incision circulaire intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et au moyen de cette incision, il détacha le bourrelet muqueux et le trajet intermédiaire qui le sépare de l'intestin, en prenant les plus grandes précautions pour ne pas léser le péritoine. Cela fait, il rentra en dedans et le plus profondément possible le rebord muqueux, de manière à mettre en contact les surfaces saignantes, qui furent maintenues en rapport au moyen de deux points de suture entortillée. La plaie cutanée fut pansée simplement avec un linge enduit de cérat, maintenu par un petit bandage de corps. Les suites de l'opération furent très-régulières; le huitième jour, après l'enlèvement des épingles et des fils, on trouva la plaie en état de cicatrisation parfaite; il n'y avait eu ni coliques ni embarras intestinal. La plaie cutanée se cicatrisa à son tour; l'ombilic, au lieu d'une dépression, présentait une saillie.

Dans le second cas (1844), l'anus anormal était la conséquence de l'étranglement d'une hernie crurale, qui avait déterminé la gangrène d'une portion de la circonférence d'une anse intestinale, chez une femme de cinquante-quatre ans. L'introduction de l'extrémité du petit doigt dans la plaie de l'aine permettait de reconnaître que les deux bouts de l'intestin se continuaient et qu'il n'y avait pas d'éperon. M. Patry essaya d'abord les cautérisations et l'application d'un bandage, traitement qui n'amena aucun résultat. Cinq mois après sa formation, l'anus contre-nature était entouré d'un bourrelet muqueux, saillant, réductible par la compression. Notre confrère se détermina alors à tenter l'opération qui lui avait si bien réussi dans le cas précédent. Après avoir préparé la malade par une purgation et la diète, le chirurgien incisa la peau circulairement à sa jonction avec le bourrelet muqueux et le tissu cellulaire sous-cutané; puis il détacha le canal muqueux dans toute sa circonférence jusqu'aux aponévroses. Cela fait, il retourna, comme un ourlet, le rebord muqueux en dedans du conduit, de manière à mettre les surfaces saignantes en contact avec elles-mêmes, et il les maintint ainsi à l'aide de quelques points de suture entortillée. La malade fut laissée au lit, la cuisse demi-fléchie; lavement quotidien; pas de réaction fébrile; seulement quelques coliques et de la diarrhée. Le huitième jour, on enlève les épingles, les fils tombent quelques

jours après ; la fistule est complètement fermée ; la plaie de l'aine se cicatrise à son tour. Au bout d'un an, état de santé parfait ; l'opérée a constamment porté un bandage pour éviter la reproduction de la hernie.

On voit, par ces exemples, que la suture permet d'obtenir la guérison complète de l'anus contre nature, quand les malades offrent les conditions où se trouvaient les sujets de ces observations, c'est-à-dire lorsqu'il existe une libre communication entre les deux bouts de l'intestin. On peut espérer alors, en suivant le procédé de Liotard, la cure radicale des fistules stercorales, si difficilement réalisée par les autres procédés de suture, malgré les perfectionnements imaginés par les chirurgiens les plus distingués. (*Soc. de chir.*, 11 déc., in *Union méd.*, nº 149.)

Traitement des phlegmons des ligaments larges. Voici comment M. Guéneau de Mussy conseille de traiter cette maladie si longue et si pénible pour les malades. Nous nous associons pleinement à ces conseils sages et prudents : Le traitement de l'inflammation aiguë des ligaments larges consiste d'abord dans une application de sangsues sur la région inguinale ; le nombre en sera proportionné aux forces du malade. Prendre garde de trop anémier sa malade ; placer les sangsues dans un endroit très-limité, et, leurs piqûres recouvertes par un morceau de diachylum, faire des applications d'unguent mercuriel belladoné, en même temps que le calomel est donné, à l'intérieur, à doses réfractées ; on peut joindre des suppositoires avec 2 grammes de beurre de cacao, 0,50 d'onguent mercuriel, et 0,02 d'extrait thébaïque ; entretenir enfin la liberté du ventre avec des lavements mucilagineux ou huileux. Surveiller les périodes menstruelles : une sangsue au haut de chaque cuisse, suivie de plusieurs autres, si les règles s'interrompent brusquement. Si la résolution tarde à s'accomplir par suite d'une dépression générale des forces, M. Guéneau recommande particulièrement l'association de 0,50 à 1 gramme d'extrait de quinquina, avec 0,20 à 0,60 centigrammes d'iodure de potassium, donné en deux doses, immédiatement avant le repas. Grâce à cette dernière médication, M. Guéneau a vu, dit-il, souvent des pneumonies, des rhumatismes articulaires surtout, à marche subaiguë, après être restés stationnaires, marcher franchement et rapidement vers la résolution. Tout phénomène inflammatoire ayant complétement disparu, et un engorgement persistant, l'auteur donne des bains minéralisés avec 150 à 200 grammes de carbonate sodique, et 20 grammes d'iodure de potassium. *Pendant le bain, il fait mettre une grosse canule dans le vagin*, car, dans les conditions ordinaires, l'eau du bain n'arrive pas jusqu'au col utérin. Si l'engorgement persiste néanmoins, s'il y a même tendance à la suppuration, il faut appliquer alors un ou deux cautères au-dessus du ligament de Fallope. S'il y a une collection purulente proéminant vers la paroi abdominale, il faut faire d'abord une application linéaire de caustique de Vienne, parallèle au ligament de Fallope, marquant la voie au bistouri, et devant, au moment de l'incision, ménager la pusillanimité de la malade, et, plus tard, s'opposer à la cicatrisation immédiate. Pour ouvrir l'abcès, M. Guéneau, après avoir incisé l'eschare, écarte avec la sonde cannelée les fibres musculaires et aponévrotiques sous-jacentes, et pénètre dans le foyer ; il soulève alors avec le doigt la paroi antérieure pour reconnaître s'il y a une artère à ménager, et incise sur la sonde avec précaution. Si les lèvres de la plaie, malgré la cautérisation, tendent à la cicatrisation, il faut en cautériser les bords, chaque jour, avec le crayon de nitrate d'argent, ce qui dispense de l'introduction d'une mèche. La malade doit rester inclinée du côté du foyer. Si le pus a une tendance à la putridité, l'on pourrait, dans le cas où le foyer aurait une paroi mince, ponctionner l'abcès du côté du vagin, puis le vider avec la seringue de M. J. Guérin. Si la poche ne fait pas saillie vers l'abdomen, le mieux est de la laisser s'ouvrir seule, soit par le vagin, soit par le rectum. Dans tous les cas, soutenir les forces, exciter la vie nutritive sont des indications capitales. (*Arch. génér. de médecine*, **1867**, août.)

VARIÉTÉS.

Par décrets en date des 18 et 21 décembre 1867, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique en Algérie :

Au grade d'officier : MM. Frison, Perret et Couderc, médecins-majors de 1re classe; Raoult, médecin-major de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Mourion et Chevassu, médecins-majors de 2e classe; Georgeon, Moussu et Leblanc, médecins aides-majors de 1re classe; Vivier, Dubois, Massoutié et Verger, médecins aides-majors de 2e classe; Laugier, chirurgien sous-aide; Courant, pharmacien-major de 2e classe; Privat, pharmacien aide-major de 1re classe; Payn, médecin de la maison centrale de l'Harrach; Renucci, médecin de colonisation.

Par décret en date du 28 décembre 1867, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand-officier : M. Michel Lévy, médecin inspecteur.

Au grade d'officier : MM. Pichaud et Battarel, médecins principaux de la marine; Marit, médecin principal de 1re classe; Carion, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Chastang, Durand, Rey, médecins de 1re classe de la marine; Fichaud, pharmacien de 1re classe de la marine; Vidal, médecin de 2e classe de la marine; Duhamel et Royre, médecins auxiliaires de la marine; Vieillard, médecin de la marine à la Nouvelle-Calédonie; Boris, pharmacien de la marine à la Réunion; Hervé, Petit, Ducrest Lorgerie et Jailliot, médecins-majors de 2e classe; Foutaine, pharmacien-major de 2e classe.

Par décret du 28 décembre 1867, sont nommés médecins aides-majors de 1re classe :

MM les médecins aides-majors de 2e classe, Faucon, Laederich, Barthélemy, Stieldorff, Lenoir, Evrard, Madamet, Joly, Raimond, Genaydet, Geniaux, Erambert, Semanne, Katz, Apté, Marchal, Coursères, Tremant, Beaugrand, Weber, Brachet, Joubin, Oberlin, Carayon, Nevière, Salomon, Comte, Berger, Sennt, Thomas, Beliet, Reiser, Morin, Biscarrat Alphant, Bourdais de la Moissonnière, Dugny, Thiébaut, Boudot, Maroy, Rivière, Frenot, Bouchardat, Roux, Cailliot, Jeaumaire, Verger, Verette, Deville et Godart.

Le docteur Pigache (de Saint-Cloud) vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

A l'occasion du 1er janvier, M. le ministre de l'instruction publique vient de nommer :

Officiers de l'instruction publique : M. Béchamp, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (officier d'Académie du 29 décembre 1862); L. Laroche, médecin du lycée impérial d'Angers (officier d'Académie du 9 décembre 1850).

Officiers d'Académie : M. Denucé, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux (16 ans de services); M. Legrand du Saulle, chargé d'un cours libre à l'Ecole pratique de Paris, lauréat de l'Institut; M. Penquer, médecin du lycée impérial de Brest (26 ans de services).

Le docteur Camille Gros, frère de notre honorable confrère Léon Gros, médecin en chef du chemin de fer du Nord, vient d'être nommé professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine d'Alger.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient, sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs services et leurs travaux pendant l'année 1866, savoir :

Médaille d'or. — Le docteur Lenoël, secrétaire du conseil central de la Somme.

Rappel de médaille d'or. — Le docteur Pilat, secrétaire du conseil central du Nord.

Médailles d'argent. — Géhin, chimiste et pharmacien, à Metz, secrétaire du conseil central de la Moselle. — Le docteur Gintrac (Henri), secrétaire du conseil central de la Gironde. — Le docteur de Loujon, secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité de Tours. — Demange, secrétaire du conseil central de la Meurthe. — Le lieutenant-colonel Frémont, vice-président du conseil d'hygiène de Lille. — Le docteur Hecquet, membre du conseil d'hygiène et de salubrité d'Abbeville. — Martin-Barbet, pharmacien, membre du conseil d'hygiène de Bordeaux. — Carcassonne, secrétaire du conseil central du Gard.— Le docteur Simonin, membre du conseil d'hygiène de Nancy.— Le docteur Allaux, membre du conseil d'hygiène de Pamiers (Ariége). — Le docteur Lefebvre (Ernest), secrétaire du conseil d'hygiène de Montdidier (Somme).

Médailles de bronze. — Duverger, membre du conseil d'hygiène de Tours.— Caverne, secrétaire du conseil d'hygiène d'Avesnes. — Soula, membre du conseil d'hygiène de Pamiers (Ariége). — Henrion, vice-président du conseil d'hygiène de Bar-le-Duc (Meuse). — Maugot, vétérinaire, membre du conseil d'hygiène de Montdidier (Somme). — Lecointe, secrétaire du conseil central d'hygiène de Péronne (Somme). — Bala, membre du conseil d'hygiène de Bar-le-Duc (Meuse). — Le docteur Pauly, membre du conseil d'hygiène de Pamiers (Ariége). — Cassan, membre du conseil d'hygiène d'Alby. — Guichard, secrétaire du conseil d'hygiène du Jura. — Le Bèle, secrétaire du conseil central de la Sarthe. — Julien, pharmacien, membre du conseil d'hygiène d'Evreux. — Le docteur Pros, secrétaire du conseil central d'hygiène de la Charente.

Société médicale des hôpitaux. — La Société médicale des hôpitaux, dans sa dernière séance, a procédé au renouvellement de son bureau, pour l'année 1868, de la manière suivante :

Président, M. Gubler; — vice-président, M. Moutard-Martin ; — secrétaire général, M. Lailler; — trésorier, M. Labric; — secrétaires particuliers, MM. Besnier et Desnos.

Conseil d'administration : MM. Bergeron, Bernutz, Blachez, Champouillon, Chauffard.

Conseil de famille : MM. Empis, Hérard, Lasègue, Moissenet, Potain.

Comité de publication : MM. Besnier, Desnos, Isambert, Lailler, Raynaud.

L'Académie de médecine a choisi, pour l'année 1868 : Président, M. Ricord ; — vice-président, M. Blache ; — comme secrétaire annuel, M. Béclard a été maintenu dans ses fonctions.

Le bureau de la Société de chirurgie est composé ainsi : Président, M. Legouest; vice-président, M. Verneuil; secrétaire général, M. Trélat; secrétaires annuels, MM. Léon Lable et Lefort.

La Société de Thérapeutique a constitué son bureau de la façon suivante :

Président, M. Guéneau de Mussy; vice-président, M. Gubler ; secrétaire général, M. C. Paul ; secrétaires annuels, MM. Ferrand et Hardy.

Pour les articles non signés. F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'alcool et de son emploi thérapeutique [1];

Par le docteur Gubler, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

Action physiologique. — Appliqué sur la périphérie cutanée, quand la couche épidermique protectrice est intacte, l'alcool ne donne lieu, par son évaporation rapide, qu'à une sensation de froid. Sur une solution de continuité, sur une muqueuse ou sur la peau dépouillée d'épiderme, il détermine directement et immédiatement, suivant son degré de concentration, soit la simple pâleur de la région, par astriction des capillaires sanguins et des autres tissus, soit la blancheur opaque et la corrugation avec coagulation du sang et de la sérosité albumineuse. En même temps, il occasionne une sensation de chaleur plus ou moins cuisante et douloureuse. A ces effets directs et spécianx ou positifs succèdent bientôt les effets négatifs dus à la réaction de l'organe touché. Les vaisseaux sanguins, d'abord rétractés, se dilatent; la chaleur augmente avec la rougeur; de l'inflammation survient, et si le tissu a été le siége d'une coagulation de sang et d'albuminc aussi bien que d'une corrugation énergique qui en a altéré l'état moléculaire et supprimé les actes organiques, il peut en résulter une eschare suivie d'une inflammation éliminatrice et par conséquent ulcéreuse. Quand l'alcool est injecté dans les veines, la coagulation sanguine qui en résulte devient une cause de mort par thrombose des troncs volumineux, ou par des embolies multiples allant s'arrêter dans les divisions de l'artère pulmonaire.

Sur la muqueuse digestive, habituée au contact des excitants et même des irritants, l'action topique de l'alcool est fort mitigée, à moins qu'il n'existe de la gastrite ou que le liquide spiritueux ne soit très-concentré et pris en grande quantité à la fois, auquel cas il occasionne une sensation de brûlure à l'épigastre. A dose mo-

---

(1) Sous ce titre : *Commentaires thérapeutiques du Codex*, M. Gubler vient de publier à la librairie J.-B. Baillière un véritable traité de matière médicale et de thérapeutique. Nous en détachons pour nos lecteurs quelques fragments d'un chapitre consacré à un médicament qui est actuellement en grande faveur.

dérée, il ne procure qu'une chaleur douce et bienfaisante, fluxionne légèrement la face interne de l'estomac, active la sécrétion du suc gastrique, stimule la contractilité de la tunique musculeuse et favorise la digestion. Au contraire, lorsqu'il est pris à dose massive, il produit du pyrosis, irrite la muqueuse stomacale, coagule le mucus, frappe d'impuissance le ferment spécial connu sous les noms de pepsine ou de chymosine, et arrête le travail digestif. La sensation brûlante que détermine l'alcool pur peut même être suivie d'une véritable gastrite.

Les effets de l'alcool sur le canal alimentaire retentissent aussitôt sur tout le système par voie de sympathie. Le pouls se relève, la chaleur périphérique augmente, l'innervation centrale se réveille, et l'on voit s'accroître concurremment différents phénomènes liés avec les précédents.

Dans l'intérieur du ventricule, où il séjourne quelque temps, l'alcool se métamorphose (Leuret et Lassaigne), mais partiellement, en acide acétique, sous l'influence de la chaleur, et en présence du mucus jouant le rôle de ferment. L'absorption de l'alcool s'effectue par les veines de l'estomac et par celles de l'intestin avec d'autant plus de facilité que l'action topique est moins violente, et que les matières étrangères : corps gras, sucre, gomme, mucus, pouvant masquer la substance active ou invisquer la surface absorbante, sont en plus faible proportion.

Bien que l'alcool soit vraisemblablement dissimulé dans le sang par l'albumine du sérum, il exerce néanmoins une action stimulante et même irritante sur les viscères qu'il traverse, à commencer par le foie qu'il rencontre d'abord et dont il active la sécrétion, de même qu'il augmente ensuite la diurèse. Cette irritation est rendue possible par la mise en liberté d'une partie de l'agent au contact des tissus et dans les sécrétions exemptes d'albumine. Au reste, quelles que soient les conditions de la genèse des phénomènes éloignés, diffusés ou généraux, voici ce qu'on observe après avoir pris une boisson spiritueuse.

Une douce chaleur se fait d'abord sentir dans l'estomac, puis se répand dans tout le corps; les forces se raniment, un sentiment de bien-être et d'alacrité s'empare de l'individu qui sent doubler sa vivacité d'esprit, son courage, sa puissance musculaire et sa virilité. Cette exaltation s'accompagne d'une gaieté loquace et expansive. Au milieu des impressions agréables qui le pénètrent, l'homme, comme au travers d'un prisme enchanteur, ne voit plus guère que l'aspect riant des choses. Heureux, il devient indulgent pour le

monde extérieur et pour ses semblables, dont il recherche la société et auxquels il prodigue des marques d'amitié ou de tendresse.

Plus tard, la perversion fonctionnelle succède à la simple exaltation. Une sorte de fièvre artificielle s'empare du buveur. En même temps que son visage s'enlumine et que ses artères battent avec force, il commence à devenir moins maître de sa pensée et de sa volonté, ainsi que de ses mouvements. C'est alors qu'oubliant toute retenue, il livre ses secrets les mieux gardés, ou dévoile ses turpitudes les plus honteuses, justifiant l'adage : *in vino veritas*. Tel devient érotique, tel autre violent et querelleur ; un troisième étale les théories les plus subversives ou témoigne des instincts les plus pervers : chacun selon son caractère naturel, un moment dépouillé du manteau d'emprunt de l'éducation. Il survient tantôt un délire expansif ou lypémaniaque, tantôt un délire furieux qui pousse aux tentatives les plus criminelles. Par bonheur, l'*ivresse*, enchaînant la force musculaire, rend plus difficile la perpétration de ces actes et plus aisée la défense. La station est mal assurée, la marche chancelante, les mains sont tremblantes et maladroites. Quelquefois des nausées et des vomissements mettent fin au paroxysme d'excitation, ordinairement suivi d'un besoin irrésistible de sommeil. Enfin, au bout de quelques heures d'*incubation*, le malade se réveille baigné de sueur, se plaignant de mal de tête, de dégoût pour la nourriture, d'une soif ardente avec langue sale et bouche pâteuse, et de lassitude ou courbature générale. Toutefois, il s'en faut bien que l'orage s'apaise toujours subitement pour faire place à un calme complet. Dans le décours des accidents alcooliques, les étapes sont quelquefois aussi bien marquées que dans la période d'augment, et les sujets repassent, mais dans un ordre inverse, par la série des états morbides qu'ils ont parcourue d'abord avant d'aboutir à l'ivresse comateuse. En ce cas, on observe une phase intermédiaire plus ou moins prolongée dans laquelle le malade est atteint d'un délire joyeux et expansif, plus souvent triste et maussade, qu'il importe de ne pas confondre avec le *delirium tremens* proprement dit. Celui-ci succède à l'empoisonnement alcoolique, qui en est l'occasion, après un intervalle de sédation apparente, et me paraît dépendre de la privation de l'excitant anormal ; tandis que le *délire de retour* a pour condition la présence dans l'économie d'une proportion encore considérable d'alcool. Quand la dose d'alcool ingérée est vraiment excessive, il en résulte des accidents toxiques beaucoup plus graves, consistant surtout en une congestion

plus ou moins violente des centres nerveux, et caractérisés soit par des symptômes convulsifs, soit par des phénomènes de résolution et de coma, avec contraction ou plus souvent dilatation pupillaire, lenteur des mouvements respiratoires et cardiaques, analgésie et anesthésie plus ou moins complètes. La terminaison par la mort n'est pas rare, surtout lorsque l'action du froid vient s'ajouter à l'hypérémie encéphalique.

En définitive, trois degrés principaux, avec des nuances intermédiaires, doivent être reconnus dans les troubles fonctionnels engendrés extemporanément par les liqueurs spiritueuses : 1° *l'ébriété légère*, marquée par l'excitation et la gaieté ; 2° *l'ivresse confirmée*, s'accompagnant de perte du libre arbitre, de délire, de titubation, d'assoupissement, etc. ; 3° *l'ivresse comateuse* ou *apoplectique*, parfois éclamptique. Telles sont les trois formes de *l'alcoolisme aigu*.

Des affections secondaires dérivent de ces effets primitifs. Notons l'embarras gastrique, anciennement signalé par les observateurs, et l'ictère vulgaire ou biliphéique sur lequel l'attention s'est fixée récemment (Leudet, etc.), ainsi que l'ictère hémaphéique avec ou sans état typhoïque (Gubler) ; ou bien un flux biliaire et différents troubles gastro-intestinaux, sans compter le *delirium tremens*, qui ne se rencontre dans l'alcoolisme aigu qu'à titre d'exception, tandis qu'il constitue l'un des accidents habituels de l'alcoolisme chronique ravivé par un dernier excès.

Les autres affections auxquelles exposent davantage les habitudes invétérées d'ivrognerie sont les dyspepsies et les gastrites, les hépatites et surtout la cirrhose, les pneumonies, le diabète albumineux et les lésions rénales de Bright ; enfin les altérations des centres nerveux avec manie, imbécillité ou démence, épilepsie ou paralysie. Processus inflammatoires, désordres nutritifs ou plastiques, transformations régressives de tissus : voilà ce qu'on trouve au fond de la plupart de ces états morbides, lesquels ne nous intéressent ici que d'une manière indirecte.

Les lésions cadavériques observées chez les sujets qui succombent aux accidents de l'alcoolisme aigu sont les suivantes : rougeurs, ecchymoses, rarement infiltrations purulentes des parois stomacales ; congestion rénale, réplétion générale du système vasculaire sanguin des centres nerveux, ainsi que des principaux troncs veineux aboutissant au cœur ; hypérémie avec coloration rouge intense des poumons (Devergie et Gasté) ; apoplexies pulmonaires et hémorrhagies méningées (Tardieu) ; rougeur des bronches, broncho-

pneumonies (Gasté, Béranger-Féraud); cœur et gros vaisseaux remplis d'un sang noir, liquide, mélangé de petits caillots peu consistants et chargé de gouttelettes huileuses.

Ces altérations, auxquelles Roudanousky ajoute le changement moléculaire de la myéline des tubes nerveux qui prend l'aspect de points brillants, ressemblent singulièrement à celles de l'asphyxie par des gaz irrespirables. L'analogie se poursuit dans les effets directs de l'alcool sur le sang extrait de la veine ou bien en circulation dans l'animal vivant. La crête d'un coq empoisonné par l'alcool devient bleuâtre, de rutilante qu'elle était auparavant (Bouchardat et Sandras); et si l'on verse de l'esprit-de-vin dans le sang d'une saignée, on empêche la coagulation de ce dernier, qui devient aussitôt noirâtre et dont les globules laissent exosmoser leur matière colorante (Schultz, Monneret et Fleury). En rapprochant ces résultats des symptômes de l'ivresse confirmée et surtout de l'ivresse soporale, stupide ou comateuse, on est conduit à mettre de tels désordres fonctionnels sur le compte de l'anoxémie. L'abaissement de la température, dans les mêmes circonstances, variable depuis 1 degré (Perrin) jusqu'à 2°,5 et même? 9°,5 (Aug. Duméril et Demarquay), viendrait confirmer cette manière de voir qui trouverait un nouvel appui dans la diminution absolue et relative, eu égard à l'oxygène absorbé (Lehmann), de l'acide carbonique expiré pendant que les sujets sont influencés par l'alcool (Prout, Bocker, Chambers, Ludg. Lallemand, M. Perrin et Duroy). Selon Vierordt, cet abaissement quantitatif du gaz carbonique durerait environ deux heures. Il se prolonge davantage, d'après les expériences de Perrin, qui l'a d'ailleurs constaté après l'ingestion de doses modérées de boissons spiritueuses, et au milieu de conditions physiologiques. J'essayerai plus loin de préciser davantage et d'interpréter cette particularité.

Par quel procédé l'alcool arrive-t-il à produire des phénomènes asphyxiques? A une époque où ce composé passait pour n'avoir d'autre rôle dans l'économie que celui d'un aliment respiratoire par excellence (Liebig, Duchek, etc.), Bouchardat crut pouvoir expliquer les entraves apportées à la respiration, en disant que l'alcool plus combustible détourne l'oxygène à son profit et l'empêche de revivifier les globules sanguins. Mais cette substance ternaire est loin d'exercer sur l'oxygène une si puissante attraction, car il est démontré maintenant qu'elle s'exhale en nature par les principaux émonctoires, notamment par la respiration, où son odeur la fait aisément reconnaître.

On a constaté la présence de l'alcool dans les gaz expirés (Bouchardat et Sandras, Ludg. Lallemand, M. Perrin et Duroy), dans la sérosité des ventricules cérébraux (Wepfer, Schrader, Ogston, Lallemand, Perrin et Duroy). Ces trois derniers observateurs admettent en outre qu'il s'échappe probablement en majeure partie par la peau, et qu'il s'accumule plus encore dans le foie que dans le sang et le cerveau.

De l'ensemble de ces faits, Lallemand, Perrin et Duroy n'ont pas hésité à conclure que l'alcool ne subit *aucune oxydation* dans la circulation sanguine, opinion peu vraisemblable et qui ne pourrait être prouvée qu'à l'aide d'une équation parfaite, établie entre l'alcool ingéré et l'alcool retrouvé dans les sécrétions. Or, ces habiles expérimentateurs n'en n'ont jamais représenté que la moindre partie. De plus, Edm. Baudot, en France, et Hugo Schulinus, en Russie, ont démontré expérimentalement que, loin de représenter toute la masse ingérée, l'alcool éliminé en nature par les sécrétions n'en forme qu'une fraction assez faible, et que la combustion respiratoire en détruit une proportion beaucoup plus considérable. Sans aller si loin, on doit admettre avec Mialhe, Gallard, Legras, à la suite des anciens observateurs, que l'alcool est oxydable dans la circulation. Quant à moi, je pense que la destruction en est d'autant plus complète que la quantité absorbée est plus minime, et que l'alcool ne passe en abondance au dehors, sans avoir avoir subi d'altération, que lorsqu'il a été introduit à doses immodérées ou toxiques.

Le ralentissement de la combustion respiratoire et de la calorification n'est pas mieux démontré. Il est au contraire manifeste que le corps se réchauffe sous l'influence de doses hygiéniques de boissons spiritueuses, en même temps que l'énergie musculaire est accrue, ce qui éloigne l'idée d'une transmutation de forces et rend probable un accroissement de l'hématose. L'argument contradictoire tiré de la diminution de l'acide carbonique est loin d'avoir toute la valeur qu'on lui prête, premièrement parce que cette diminution est transitoire et ne dure pas au delà de deux heures (Vierordt); secondement parce qu'elle est peut-être due à une propriété signalée en chimie : à l'affinité plus grande du gaz carbonique pour l'alcool qui serait capable de le dissimuler et de le retenir dans la circulation (Gubler). Dans cette hypothèse, on expliquerait, en partie du moins, l'excitation produite par de faibles doses, et l'on se rendrait compte de la coloration noirâtre du cruor et des symptômes croissants d'anoxémie qui accompagnent l'alcoolisme aigu

intense. En effet, d'une part les expériences de Brown-Sequard mettent en relief les phénomènes d'excitation qui suivent l'accumulation du gaz carbonique dans le sang, et, d'un autre côté, il est facile de comprendre que si l'acide carbonique ne pouvait plus être déplacé par l'oxygène, il rendrait impossible le conflit du gaz comburant avec les hématies et les aliments respiratoires et déterminerait l'asphyxie progressive.

Avec des doses hygiéniques cet accident n'est pas à craindre, parce que l'alcool réellement combustible dans la circulation (Liebig, Duchek, Bouchardat et Sandras, etc.) se transforme par degrés et remet au fur et à mesure en liberté de nouvelles proportions d'acide carbonique préexistant.

On suppose que l'alcool qui s'oxyde dans le sang passe successivement à l'état d'aldéhyde, puis d'acide acétique et finalement d'acide carbonique; cependant le premier dérivé n'a pu être jusqu'ici retrouvé, et rien ne prouve que l'acide acétique ne reconnaît pas une tout autre origine. Mais puisque le gaz des marais est un produit de la décomposition spontanée des liquides organiques chez l'individu vivant (Gubler et Quevenne), pouvant expliquer, selon moi, ces faits singuliers de combustion spontanée observés chez des buveurs de profession, il est permis de supposer que, dans l'économie, l'alcool, subissant d'autres dédoublements, se transforme en hydrogène proto-carboné, hydrogène et oxyde de carbone avant d'atteindre le dernier terme de son oxydation. Il y aurait donc lieu de vérifier la présence de ces composés binaires et de l'hydrogène libre chez les sujets en état d'ivresse.

L'action de l'alcool ne doit pas se borner aux globules sanguins; pour se rendre un compte exact des phénomènes multiformes de l'empoisonnement par les liqueurs fermentées et distillées, il faut de toute nécessité faire intervenir une influence toxique, directe, sur le système nerveux. Sans être en mesure de préciser cette influence, on peut concevoir comment elle s'exerce en tenant compte de l'affinité chimique du poison pour les principes immédiats qui entrent dans la composition de l'appareil sensitivo-moteur. L'alcool imprègne sans doute les corps gras contenus dans les cellules et les tubes nerveux, comme l'alizarine, la matière hémaphéique ou le pigment biliaire s'imbibent dans le périoste et les tissus fibreux. L'absence de l'albumine dans le fluide céphalorachidien favorise cette pénétration.

Il y a donc lieu de penser que l'alcool parvenu dans le sein de la substance nerveuse devient pour elle un agent d'excitation ou de

stupéfaction, suivant la dose, ou suivant la période de l'opération, puisque le collapsus succède toujours à l'accès d'activité.

Ces modifications apportées aux fonctions de l'organe sont-elles simplement l'effet d'une action de présence, ou bien le corps étranger a-t-il à subir soit une oxydation, soit une autre altération chimique; en d'autres termes, doit-il procéder de la matière ou de la force? Je pose la question sans pouvoir la résoudre, attendu que les faits sont incertains et les opinions contradictoires. Si l'on admet, avec Lallemand, Perrin et Duroy, que l'alcool traverse inaltéré les voies d'absorption, la masse sanguine et les émonctoires, il faut reconnaître qu'il agit par son seul contact. Si, conformément à l'opinion ancienne, on croit qu'il passe par différents degrés d'oxydation pour aboutir à l'acide carbonique, ou si l'on m'accorde qu'il peut se dédoubler en ses éléments et en corps binaires, il est légitime de chercher dans un échange dynamique ou substantiel la condition causale des symptômes alcooliques. Or, ces deux procédés pourraient bien se réaliser concurremment. Il est incontestable aujourd'hui qu'il s'élimine beaucoup plus d'alcool en nature qu'on ne l'avait pensé; il paraît également vrai que, pendant ce temps-là, l'acide carbonique s'exhale en moindre quantité; mais il ne s'ensuit pas qu'une proportion plus ou moins forte du médicament ne puisse se brûler dans la circulation. Et quand on considère que les sujets adonnés aux boissons spiritueuses mangent peu, tout en déployant parfois une grande activité corporelle, il est difficile de ne pas admettre l'alcool au nombre des aliments respiratoires, laissant évoluer de la force pendant leur propre destruction. En cette qualité, l'alcool peut ralentir le travail de dénutrition. Fait-il mieux que le sucre ou les graisses; jouit-il, comme *antidéperditeur*, de la spécialité d'action que semble lui attribuer Bocker? Cette manière de voir, qui ne saurait être admise sans réserve, puisque, selon Perrin, l'excrétion de l'urée serait plutôt accrue, présente cependant un côté plausible; seulement il faut aller au delà de l'énonciation pure et simple du fait, et, si l'on parvient à établir rigoureusement que l'alcool entretient à lui seul l'énergie fonctionnelle sans se métamorphoser ni s'amoindrir, il faudra en conclure de ces deux choses l'une : ou bien qu'il met en jeu des forces demeurées latentes dans l'économie, ce qui appellerait plus tard la réfection; ou bien que, sans rien perdre de ses attributs chimiques, il s'est cependant démuni, au profit de l'organisme, d'une somme considérable de force qu'il tenait en réserve, comme fait l'ozone atmosphérique. En ce cas, l'alcool

mériterait une place éminente dans cette classe d'agents thérapeutiques que je propose d'appeler *dynamophores*, à côté du thé, du café et de la coca, de l'oxygène allotropique, etc.

En définitive, l'esprit-de-vin ingéré en petite quantité stimule vivement la muqueuse de l'estomac et les expansions périphériques de ses nerfs : *action topique.*

L'excitation transmise par les pneumo-gastriques (W. Marcet) aux centres nerveux, est répercutée de là sous forme de stimulation cardiaque et de relâchement des capillaires sanguins, avec accroissement de la caloricité : *action sympathique.*

Puis l'alcool est absorbé et va stimuler directement les centres nerveux et les glandes sécrétoires dont il exalte ou pervertit les fonctions. Mais s'il est introduit dans l'économie à dose massive, il donne lieu à des phénomènes d'anoxémie, de torpeur, d'anesthésie et de paralysie, parfois terminés par la mort : *action générale ou diffuse.* (*La fin au prochain numéro.*)

Note sur le rôle, la contagion et la thérapeutique générale de l'érysipèle ;

Par le docteur O. Pihan-Dufeillay, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

Malgré les immenses travaux qui ont renouvelé l'aspect de la médecine il existe encore quelques questions fondamentales aussi vieilles que la science, que leur importance et peut-être aussi la subtilité des arguments amassés autour d'elles présentent comme un terrain toujours propre aux luttes que se livrent entre elles les diverses écoles médicales. De ce nombre est la contagion. Naguère encore niée par un réformateur illustre, elle a rapidement reconquit l'importance qu'on lui avait injustement déniée dans l'étiologie morbide. La fièvre typhoïde, la fièvre jaune, la dysenterie, la diphthérie et tant d'autres affections qu'on avait prétendu soustraire à son action ont trop de fois affirmé leur puissance contagieuse pour qu'on en puisse aujourd'hui douter. Forte de pareils exemples, la réaction s'est accentuée chaque jour contre des principes que venait battre en brèche une plus saine observation des faits ; trop souvent déçu par de brillantes mais trop exclusives théories, le praticien en est revenu peu à peu à revendiquer pour la clinique une part au moins égale à celle des autres sciences dans les appréciations et les classifications nosologiques. En elle seule il a trouvé le complément et le correctif des idées spéculatives de la médecine de cabinet et de

laboratoire, et, grâce à elle, il a su conserver à son art le caractère essentiellement pratique auquel il doit sa principale utilité. C'est à la clinique seule que nous devons déjà la solution du problème si complexe de l'étiologie contagieuse de plusieurs affections; c'est donc à elle qu'il nous faut recourir dans toutes les questions de ce genre, et cette fois encore, elle nous fournira amplement les éléments nécessaires à l'explication des propriétés contagieuses de l'érysipèle.

Il y a peu de maladies qui, à leur période de début, se prêtent mieux que l'érysipèle aux exigences de la classification anatomique. L'aspect, le siége et l'étendue de la lésion cutanée suffisent pour justifier, en quelques cas, la réaction générale et l'apparition d'un certain groupe de complications; aussi put-on, avec apparence de raison, subordonner l'état général à la lésion locale et présenter l'altération cutanée comme le point de départ et le phénomène dominant de l'affection. Ce ne fut donc que lentement et sous la pression des enseignements réitérés de la pratique qu'on se mit à rattacher certaines poussées érysipélateuses à un état morbide général antérieur, dans lequel l'exanthème, tout en constituant l'un des symptômes les plus apparents, n'en demeurait pas moins soumis dans son développement et sa marche à une perturbation générale préexistante de l'organisme. Dès que cette nouvelle voie fut ouverte aux observateurs, les faits d'abord réputés exceptionnels se multiplièrent rapidement, et on en put venir insensiblement à considérer l'éruption érysipélateuse comme un phénomène le plus habituellement secondaire, figurant dans l'histoire de certaines formes d'infection de l'économie au même titre que l'éruption rubéelique ou scarlatineuse dans la rougeole ou la scarlatine.

De telles prétentions ne pouvaient triompher sans lutte. Aussi, les arguments s'accumulaient-ils de part et d'autre quand la découverte d'un mode jusque-là méconnu de propagation de l'érysipèle (la propagation par contagion) vint apporter une force nouvelle à l'opinion qui subordonne le développement de cette lésion à la préexistence d'une affection générale de l'organisme. Ce fut, dès lors, à la discussion de ce point d'étiologie que se consacrèrent presque exclusivement les travaux sur l'érysipèle, et, il faut le reconnaître, de part et d'autre on a su choisir et présenter les faits avec assez de talent pour permettre à chaque théorie de se retrancher derrière d'imposantes statistiques (1). Il est toutefois aisé de

(1) La forme de ce petit travail ne me permet point d'entrer dans des détails

reconnaître que chaque série d'observations ainsi opposées appartient à une catégorie distincte, si bien, que leur seule comparaison sera peut-être le meilleur argument à produire pour démontrer les profondes dissemblances qui distinguent les diverses formes de l'érysipèle, et pour saper dans sa base cette unité nosologique laborieusement édifiée sur l'analogie de la lésion anatomique locale.

Avant cependant d'aborder ce parallèle, il est utile de rappeler une vérité que je crois maintenant hors de discussion, et de l'appuyer sur un exemple qui me permettra d'en faire l'application facile à l'érysipèle.

Une lésion anatomique constante et bien caractérisée est, en général, l'élément de classification le moins discutable et le mieux accusé. Cependant faut-il encore que cette lésion joue un rôle prédominant et toujours identique dans la production des principaux phénomènes morbides, tant généraux que locaux, dont l'ensemble constitue l'espèce nosologique qu'elle est appelée à déterminer. Il est en effet difficile d'assimiler deux affections qui divergent à la fois par leur étiologie, leur mode de propagation, leur marche, leur terminaison, leurs symptômes généraux et leur prognostic, par cela seul qu'à un moment donné de leur développement elles offrent une lésion anatomique commune. Pareille assimilation supposerait qu'une lésion donnée, c'est-à-dire un fait matériel, un fait physique déterminé, loin d'entraîner une série de conséquences également déterminées, pourrait produire les résultats les plus opposés, les effets les plus contraires, les symptômes les plus inattendus, créer, en un mot, de toutes pièces une série de tableaux cliniques de la plus entière dissemblance.

En outre de sa bizarrerie, cette hypothèse assignerait à la lésion anatomique locale le rôle initial qui est uniquement du ressort de la cause productrice de cette lésion. Or c'est précisement dans la multiplicité des causes qui provoquent une même altération anatomique ou histologique que réside le secret des différences si profondes qui

---

bibliographiques nécessairement fort longs. On trouvera, du reste, de bons résumés et d'excellentes indications auxquels il y a peu à ajouter, dans :

1° *Traité de l'érysipèle*, de M. Després. Paris, 1864;

2° La remarquable thèse de M. H.-C. Martin, *Sur la contagion de l'érysipèle*. Paris, 1865 ;

3° Le *Traité de l'érysipèle contagieux*, de M. Daudé. Paris, 1867 ;

4° Enfin, l'article Erysipèle du *Traité élémentaire de pathologie interne*, de M. Monneret.

isolent les diverses catégories d'affections que tend à rapprocher la communauté de lésion.

Les anatomistes ont été longtemps avant de s'accorder sur la forme et le siége précis des lésions de l'érysipèle. Toujours est-il, en dehors de toute discussion d'opinions, qu'à leur début ces diverses espèces offrent des caractères à peu près identiques; mais à mesure que la maladie progresse, c'est à peine si on peut établir quelques analogies entre les phases que parcourent ses plus importantes variétés. Aussi eût-il été difficile de rattacher à un même type des affections aussi distinctes, si en considérant l'exanthème initial comme l'unique cause du mal, on ne lui eût accordé une valeur suffisante pour annuler toutes les différences cliniques de marche, de durée, de réaction, de terminaison, de prognostic, d'étiologie et de traitement qui donnent une physionomie spéciale à chaque espèce d'érysipèle.

Qu'on veuille donc bien se reporter au lit du malade et comparer cet érysipèle à marche régulière, à poussées successives d'une durée moyenne de trois jours, envahissant de larges surfaces, jetant parfois ses plaques à distance les unes des autres, se terminant par résolution, alternant ou coïncidant avec les affections catarrhales, souvent accompagné d'embarras gastrique, rarement compliqué de phénomènes généraux graves, d'un prognostic assez bénin, se développant spontanément sur des sujets placés au milieu des conditions habituelles de la vie — comparons, dis-je, cet érysipèle avec cette autre forme que caractérise une poussée à siége fixe ayant une plaie pour point de départ, s'annonçant avant toute trace d'éruption par une profonde perturbation nerveuse et un ensemble de phénomènes généraux graves, offrant une grande tendance à la suppuration diffuse, affectionnant les salles encombrées où il alterne ou coïncide avec les fièvres puerpérales, les infections purulentes et les autres manifestations de l'infection nosocomiale, à durée indéterminée, à marche irrégulière, au mode de terminaison toujours incertain, au prognostic toujours fort grave — comparons, je le répète, ces deux affections dans leurs détails et dans leur ensemble, et, sauf le trait commun de la forme initiale de la lésion cutanée, où trouver les rapports nécessaires à leur réduction en variétés d'une même espèce ?

Existe-t-il plus d'analogie entre ces formes et cet autre érysipèle à limites nettes, à surface restreinte, à coloration foncée, qui ne provoque ni douleur, ni engorgement bien notable des ganglions, ni réaction générale, dont la terminaison se fait habituellement par

délitescence et dont le prognostic est toujours bénin; érysipèle fréquent chez les scrofuleux et qui rachète par son peu de gravité la facilité et la fréquence de ses réapparitions?

Ou bien encore, les assimilera-t-on à ces plaques érysipélateuses qui surgissent parfois à la période ultime des typhus et des fièvres malignes? Leur teinte violacée, leur pourtour indécis, leur marche irrégulière, leur durée indéterminée, l'absence de réaction fébrile, l'aggravation des symptômes adynamiques, la tendance à la terminaison par gangrène, la gravité du prognostic, l'étiologie spéciale, tout cet ensemble de caractères particuliers ne permet point de les confondre avec les précédents, et leur assigne un rang spécial dans la classification nosologique.

Dans toutes ces formes il n'y a, je le répète, qu'un point commun; c'est le mode initial de la lésion locale. On comprend donc qu'en partant exclusivement du fait anatomique, abstraction faite de l'histoire entière de la maladie, on ait pu considérer l'érysipèle comme une entité morbide bien déterminée, aisément descriptible sous une forme type, et dont l'unité n'était nullement altérée par la création de quelques variétés soumises aux lois qu'on supposait régir la forme principale.

Cette manière de faire a, je l'avoue, le grand mérite de simplifier singulièrement la nosologie. Elle ouvre des aperçus inattendus et facilite les plus étranges rapprochements. Tout récemment encore n'a-t-elle pas servi à démontrer l'identité de la pneumonie franche et de la diphthésie croupale en se basant sur l'existence de la fibrine, comme élément histologique prédominant de l'exsudation [1]? N'a-t-elle pas aussi permis d'assimiler le catarrhe intestinal, la diarrhée par impression morale, par oblitération de la circulation hépatique, par trouble de la circulation périphérique, la diarrhée du typhus, du choléra-morbus, de la dysenterie catarrhale, voire même du choléra épidémique [2]?

Mais que deviennent dans la pratique de pareilles entités pathologiques? La pneumonie s'est-elle pour le clinicien beaucoup rapprochée du croup parce que de part et d'autre l'exsudation contient de la fibrine, et devra-t-on, en présence d'une congestion pulmonaire, négliger son étiologie accidentelle, pernicieuse, intermittente ou

---

(1) Niemeyer, *Pathog. int. Croup.* Chap. II, § I. *Pathogénie et étiologie.* — *Pneumonie*, chap. VII, art. 1. *Pneumonie croupale ou aiguë franche*, § 4, *Pathogénie et étiologie*.

(2) Niemeyer, t. I, sect. v, chap. I. *Catarrhe intestinal.*; *passim*, et notamment le dernier paragraphe de ce chapitre.

typhique, pour ne s'occuper que de la lésion anatomique et de ses conséquences? Quand enfin, au milieu d'un groupe varié de symptômes, on constate l'apparition de plaques d'érysipèles, trouvera-t-on si aisément dans cette lésion l'explication rationnelle de tous les accidents qu'il faille établir un rapport constant de cause à effet entre l'apparition de l'éruption érysipélateuse et les phénomènes morbides de tout genre qui la précédent, accompagnent et suivent?

Ou plutôt n'est-il pas naturel de considérer l'exanthème comme un des symptômes de l'affection générale, sorte d'épiphénomène dont le pronostic particulier s'établit en raison de l'étendue de l'éruption et de la localisation de son siége, mais dont la marche, les caractères spéciaux, la terminaison, le prognostic général et le traitement demeurent entièrement subordonnés à la nature et à la gravité de l'affection principale? C'est ainsi que nous voyons l'érysipèle accidentel revêtir la forme inflammatoire, l'érysipèle ambulant se manifester avec le cortége de caractères communs aux affections catarrhales, l'érysipèle des scrofuleux présenter l'aspect d'inertie des maladies scrofuleuses, l'érysipèle des blessés surgir au milieu des symptômes habituels de l'infection nosocomiale, etc.

Or, du moment où ces poussées éruptives n'apparaissent qu'à titre de symptômes, elles subissent le sort commun à toutes les lésions réduites à ce rôle, celui d'emprunter à l'affection mère tous ses caractères, y compris celui de la contagion, si cette affection est contagieuse; — ou, pour mieux dire, c'est l'affection principale seule douée de la vertu contagieuse, qui, se propageant sous une forme déterminée, reproduit chez le sujet contagionné le symptôme dominant qu'elle affectait chez le malade contagionnant. Ainsi se trouve expliquée l'apparente propriété qu'affectent certaines lésions de se transmettre par contagion, alors cependant qu'il est presque impossible d'attribuer réellement à ces accidents une puissance contagieuse. Et cela est si vrai, qu'on voit souvent telle forme de l'affection non-seulement se propager par contagion, mais engendrer une autre forme de la maladie mère et céder ainsi la place à de nouveaux accidents. La colite aiguë, l'inflammation des méninges, la congestion pneumoniforme n'ont jamais, que je sache, passé pour contagieuses, et, cependant, cette propriété distingue à un haut degré la méningite cérébro-spinale épidémique et la dysenterie typhique. Bien mieux encore; non-seulement la méningite propage la méningite, la dysenterie engendre la dysenterie, mais ces affections se procréent les unes les autres, de telle sorte qu'on a vu tour à tour alterner ou coïncider, sous l'action d'un même virus infectieux, le

typhus exanthématique, la dysenterie, la méningite cérébro-spinale épidémique et la péripneumonie typhique.

Ces notions acquises à l'histoire de la colite ou de la méningite nous expliquent les anomalies apparentes de l'histoire de l'érysipèle. Figurant à titre de symptôme dans le cortége de phénomènes variés qui accompagnent certains états morbides généraux, l'érysipèle leur emprunte les caractères spéciaux qui permettent de le rattacher à sa véritable cause et de lui assigner sa valeur séméiologique réelle.

L'une des affections les plus graves dont il est une manifestation habituelle est l'infection nosocomiale. Celle-ci lui communique sa puissance contagieuse, et cette origine nous donne l'explication non-seulement des épidémies d'érysipèles qui désolent les salles des blessés, mais encore de la coïncidence et de l'alternance de cette forme morbide avec d'autres variétés de la même affection, l'infection purulente, par exemple, et la fièvre puerpérale. Ce qui se passe pour le typhus que nous venons de voir revêtir tour à tour les formes dysentérique, pneumonique ou céphalique est également vrai dans l'infection nosocomiale. Elle produit l'érysipèle comme elle engendre l'infection purulente; à tous deux elle imprime ses caractères propres et leur transmet au même titre sa vertu contagieuse.

Ce qui est vrai de l'érysipèle nosocomial l'est également de toutes les autres formes de cette éruption. C'est comme symptôme d'un état général grave de nature spéciale que survient l'érysipèle à terminaison gangréneuse des fièvres malignes. Ici encore le symptôme doit naturellement participer à la nature et aux propriétés de sa cause.

C'est à un titre analogue que se développe en certaines circonstances l'érysipèle à tendance ambulante. L'affection catarrhale à laquelle il se rattache imprime à ses diverses manifestations muqueuses, coqueluche, grippe, peut-être même au coryza, une puissance hautement contagieuse. Cette puissance, elle la communique également à l'une de ses localisations à la fois muqueuse et cutanée, la rougeole; il en sera de même de sa manifestation exclusivement cutanée, l'érysipèle; et ainsi s'explique la propagation par contagion des éruptions de ce groupe.

Il serait aisé de parcourir de la sorte toutes les variétés de l'exanthème érysipélateux. Remontant du symptôme à la cause, on saisirait la cause des profondes différences de marche, de durée, de terminaison, de prognostic et de réaction générale qui les distinguent entre elles; on apprécierait en même temps le plus ou moins d'éner-

gie contagieuse de l'érysipèle en la mesurant à celle de l'affection qui le produit; on comprendrait comment il en existe de très-contagieux, d'autres qui le sont moins, d'autres enfin qui ne le sont aucunement. De la sorte se concilient les faits d'apparence contradictoire et se confirme la justesse de statistiques qui sembleraient s'annuler mutuellement.

Un dernier point de l'histoire clinique de l'érysipèle vient, par sa coïncidence avec les autres phénomènes, apporter un supplément de preuves aux opinions que je défends dans ce travail. C'est à la thérapeutique que je l'emprunte. Un aphorisme hippocratique, fréquemment vrai malgré le ridicule dont on l'a parfois couvert, attribue au traitement la propriété de spécifier la nature des maladies. Or, sans vouloir donner à cet adage une portée qu'il ne saurait atteindre, il faut bien reconnaître qu'aujourd'hui encore c'est aux effets des agents médicamenteux que sont fréquemment forcés de recourir des cliniciens expérimentés pour établir soit l'identité de cause de lésions variées, soit la différence d'étiologie d'une même lésion.

C'est ainsi que, toutes conditions accessoires réservées d'ailleurs, des accidents dissemblables, influencés par une même thérapeutique, sont avec raison rattachés à une même origine : on confirme, par exemple, la nature miasmatique paludéenne d'une névralgie, d'une dysenterie, d'une fièvre pernicieuse pneumonique, cérébrale ou d'un accès bénin, par l'influence spéciale qu'exercent sur ces maladies les préparations quiniques.

Par contre, une lésion, quelque bien déterminée qu'elle soit, ressort d'affections différentes quand elle nécessite pour son traitement des formules opposées : tel est l'urticaire, éruption anatomiquement bien caractérisée, et dont le traitement varie suivant que cet exanthème se rattache à l'arthritis, à l'embarras gastrique, à l'intoxication par certains aliments, à la fièvre synoque, etc.

Il est enfin de notion commune que la thérapeutique la plus efficace d'une maladie est la thérapeutique de sa cause ; de telle sorte que les phénomènes généraux réellement subordonnés au développement d'une lésion locale trouvent leur soulagement direct et leur médication rationnelle dans le traitement topique de la lésion initiale et causale. Soit encore, s'il faut citer un exemple, l'action du caustique dans la pustule maligne. En détruisant le point de départ du mal, il arrête du même coup la série des accidents généraux provoqués par le développement de la pustule.

Or, que de préparations de tout nom et de toute consistance n'a-t-on point essayées avec un égal insuccès dans le traitement de

l'érysipèle? Pommades, poudres, liquides, solutions astringentes, caustiques ou émollientes, ont-elles jamais produit une modification notable dans le développement de l'éruption et enrayé les phénomènes qui l'accompagnent? Le traitement exclusif de l'exanthème n'influe pas beaucoup plus sur la marche de la maladie que ne le fait le traitement local des pustules dans la variole. Tout au plus a-t-on obtenu par ces procédés quelques modifications fort discutables dans son intensité et son étendue; mais, quant aux accidents généraux qui impriment à la maladie sa principale gravité, les topiques n'en ont jamais altéré ni le nombre ni la durée. Et, comment expliquer un résultat si entièrement négatif, s'il s'agissait d'une lésion purement locale, d'une altération accidentelle du derme, point de départ unique d'une réaction générale toujours en proportion exacte avec l'éruption cutanée?

C'est, au contraire, aux modificateurs généraux que recourent ceux qui subordonnent la théorie à l'expérience clinique. Traitements par les saignées, par les révulsifs, par les purgatifs, les éméto-cathartiques, les toniques et les excitants se sont tour à tour succédé, et chacun a compté un certain nombre de succès. Or, des succès sous l'action de médications si opposées sont une preuve évidente du défaut d'unité de l'affection à combattre. Aussi ne douté-je point que le nombre des cas heureux n'eût été sensiblement grossi si, au lieu d'appliquer indistinctement à tous les faits telle médication mise en vogue par quelque retentissante guérison, on eût toujours raisonné cette thérapeutique et choisi pour chaque érysipèle le traitement exigé par son origine.

Le médecin qui considère l'érysipèle comme un symptôme appartenant à des affections diverses sent la nécessité de cette thérapeutique variée. Elle a sa raison d'être dans la multiplicité des causes du mal, et c'est à saisir, isoler et combattre ces causes que consiste la préoccupation du praticien.

C'est ainsi qu'aux érysipèles de nature franchement inflammatoire, de plus en plus rares à notre époque, s'adressent la diète et les antiphlogistiques; à ceux qui se rattachent à l'embarras gastrique, les vomitifs; à l'érysipèle catarrhal, les purgatifs huileux, les éméto-cathartiques et tous les moyens appropriés à la cure des affections catarrhales; aux érysipèles des blessés, aux érysipèles nosocomiaux, aux érysipèles adynamiques et malins dont le nombre se multiplie depuis quelques années, les toniques de toute nature, l'alimentation quand elle peut être supportée, les stimulants et les diffusibles sous toutes leurs formes, et, à leur tête, les

alcooliques, ou, mieux encore, le vin longtemps banni de la thérapeutique française. Leur dosage facile et l'appétence du malade facilitent leur emploi; leur action excitante, à la fois puissante et fugace, en rend l'usage précieux; c'est l'agent par excellence pour combattre l'adynamie et substituer à l'affaissement et à l'épuisement de l'organisme l'excitation nécessaire à l'entretien des fonctions.

Une seule phrase suffit à résumer cette thérapeutique : elle doit varier comme la cause du mal, et subordonner aux indications de la médication générale le traitement de la lésion locale.

De l'exposé et de la rapide discussion qui précèdent découlent donc un certain nombre de conséquences pratiques qu'on peut formuler dans les conclusions suivantes :

1° L'éruption érysipélateuse n'est point l'indice d'une maladie spéciale toujours identique avec elle-même.

Elle n'est, le plus souvent, que l'un des symptômes d'une affection générale préexistante ;

2° Les états morbides généraux qui peuvent compter l'érysipèle au nombre de leurs symptômes sont multiples.

L'érysipèle participe aux propriétés de ces affections, dont chacune lui imprime des caractères cliniques distinctifs;

3° L'éruption érysipélateuse peut former le phénomène local le plus apparent dans le cours d'une affection générale. Dans ce cas, il peut masquer en partie les autres accidents, ou se substituer à eux;

4° En pareil cas, l'érysipèle jouit des propriétés de l'affection qui le produit (et, dans l'espèce, de la propriété contagieuse);

5° La propriété contagieuse n'appartient donc qu'en apparence à l'érysipèle. Elle est le propre de l'affection qui engendre cet exanthème, affection qui pourrait également se manifester en substituant à la localisation érysipélateuse cutanée certaines autres localisations anatomiques;

6° L'érysipèle peut donc propager l'érysipèle ou engendrer d'autres formes de l'affection mère et réciproquement;

7° La contagion de l'érysipèle n'étant que la manifestation de la puissance de transmission d'une maladie générale, cette propriété varie en raison du plus ou moins d'énergie contagieuse de l'affection mère.

Il y a donc des érysipèles très-contagieux, d'autres qui le sont moins, d'autres qui ne le sont pas du tout;

8° Les indications thérapeutiques doivent se tirer de l'état général et de la nature de l'affection, dont l'érysipèle n'est que le symptôme.

La diversité de ces affections explique le succès de traitements rationnels fort divers et l'inanité des médications qui ont exclusivement trait à la lésion locale.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache est une opération avec laquelle on ne saurait trop se familiariser pour traiter convenablement les maladies de l'oreille, et cependant nous n'étonnerons personne en disant que bon nombre de nos confrères ne l'ont jamais pratiquée. C'est une de ces opérations qui ne se voient que rarement dans les hôpitaux, et on ne l'apprend pas aux élèves. Comme son utilité pratique est incontestable, nous croyons être agréable à nos lecteurs en reproduisant un extrait du *Traitement des maladies de l'oreille* du docteur de Troltsch (de Wurtzbourg), qui vient d'être traduit par M. Sengel (de Forbach).

On applique la sonde pour continuer la trompe d'Eustache, pour ainsi dire, jusqu'à l'extérieur et communiquer directement avec cette dernière et la caisse du tympan [1]. Le cathétérisme n'a donc aucune valeur thérapeutique par lui-même, il n'est qu'un moyen pour arriver à d'autres procédés, comme à l'insufflation, l'injection, etc. A cet effet, il ne faut pas que le bec soit introduit bien haut dans la

---

[1] On sait que le maître de poste Guyot, de Versailles, fut le premier qui introduisit une sonde dans la trompe d'Eustache; il fit cette opération sur lui-même en engageant l'instrument par la bouche. En 1724, il communiqua cette observation à l'Académie de Paris. Messieurs les académiciens déclarèrent que la sonde en étain coudée qui leur était présentée était « très-ingénieuse; on en lave, disent-ils, au moins l'embouchure de la trompe, ce qui peut être utile en certains cas. » (*Histoire de l'Académie royale des sciences*, année 1724, Paris, 1726, p. 37.) Un médecin anglais, Archibald Cleland, fit plus tard, en 1741, une communication à la *Royal Society* de Londres sur la manière d'introduire une sonde en argent dans la trompe d'Eustache en l'engageant par le nez.

Il faut réellement s'étonner du temps qu'il a fallu aux médecins pour comprendre l'utilité pratique de la trompe d'Eustache, quand on songe que les anciens, tels qu'Alcméon et Aristote, avaient déjà une idée très-nette de ce tuyau de communication entre l'oreille et le pharynx. L'étonnement est plus grand encore lorsqu'on lit la lettre *Epistola de auditus organis* de Bartholomé Eustache, datée du mois d'octobre 1562, dans laquelle on rencontre pour la première fois une description exacte de cet organe retrouvé par lui et qui aujourd'hui encore porte son nom.

trompe, comme le croient la plupart des médecins, il suffit qu'il s'engage dans l'évasement infundibuliforme de l'ouverture gutturale. Les sondes les plus avantageuses, en ce qu'elles peuvent s'employer dans la généralité des cas, sont des sondes en argent dont l'extrémité antérieure est bien arrondie; à l'autre extrémité, qui est évasée, se trouve latéralement un anneau situé dans le même plan et du même côté que la courbure du bec, d'abord pour que l'instrument puisse être tenu plus commodément pendant l'opération, ensuite pour savoir toujours quelle est la direction du bec, une fois qu'il est caché dans les fosses nasales. Comme le méat inférieur est plus ou moins large et que la distance entre le bord postérieur de la cloison du nez et l'orifice de la trompe d'Eustache est très-variable, il faut avoir plusieurs sondes qui, du reste, se distinguent moins entre elles par une différence dans l'épaisseur que par la courbure et la longueur du bec. Si les conditions locales permettent l'introduction de sondes fortement recourbées et assez épaisses, on obtiendra toujours un effet relativement plus considérable. Trois sondes différentes suffisent généralement : les deux premières ne se distinguent que par la longueur du bec et auront à l'extrémité un diamètre de 4 millimètres et une lumière de 3 millimètres; tandis que la troisième, qui s'emploie chez les enfants et chez les personnes à méat très-étroit, est moins épaisse: elle ne mesure que 3 millimètres à l'extrémité et l'ouverture n'a que 2 millimètres.

Les sondes élastiques sont beaucoup moins recommandables que les sondes inflexibles. Avec un instrument qui cède, l'opération est en général plus difficile, parce que les notions que nous fournit le tact nous font ainsi défaut, et l'on dévie beaucoup plus aisément du vrai chemin; du reste, les sondes en argent provoquent tout aussi peu de douleur que ces dernières. En second lieu, toutes les sondes élastiques, même celles en caoutchouc durci, recommandées récemment par Politzer, peuvent se casser pendant l'opération. Les moins recommandables, ce sont les sondes élastiques garnies d'un fil conducteur, comme on les emploie encore souvent en France.

Il est au moins inutile d'huiler l'instrument; pour éloigner tout obstacle et pour humecter un peu le passage, on recommandera au malade de se moucher avant l'opération.

Si le cathétérisme de l'oreille est considéré par la grande majorité des médecins comme une opération très-difficile et très-douloureuse et si, en effet, quelques rares essais ont mis ordinairement le malade à la torture sans lui être de quelque utilité, c'est que, surtout sur ce terrain, les médecins se croient dispensés de

toutes les connaissances préliminaires, si nécessaires dans toute opération, je veux parler de la disposition anatomique exacte des parties et de l'exercice souvent répété sur le cadavre. Il est convenable de commencer par s'exercer sur des têtes divisées en deux moitiés selon leur diamètre antéro-postérieur, puis on continuera sur des têtes entières, en ayant soin de toujours introduire le doigt dans la bouche pour s'assurer de la bonne position de la sonde.

Les temps principaux de l'opération sont les suivants : on introduit le bec de l'instrument dans le méat inférieur, la pointe tournée en bas, puis on lève rapidement la partie restée en dehors du nez, tandis que le sommet reste tranquillement dans l'ouverture, ensuite on fait avancer lentement la sonde ayant une position horizontale et l'anneau étant dirigé en bas, jusqu'à ce qu'on touche la paroi postérieure du pharynx. Après cela on retire de nouveau la sonde de 7 millimètres à 1 centimètre et demi, puis on fait décrire au bec, jusque-là toujours dirigé en bas, trois huitièmes de cercle en dehors et en haut, de sorte que l'anneau regarde l'oreille externe.

Citons en quelques mots les fautes principales qu'on doit éviter. On ne doit pas tâtonner longtemps à l'ouverture nasale, parce qu'on donne lieu à un chatouillement très-désagréable ; pour dilater cette ouverture, on peut légèrement tirer la lèvre supérieure en bas ou l'aile du nez en dehors. Dans le mouvement d'élévation de la sonde, on est facilement exposé à arriver dans le méat moyen, pour peu qu'on élève la pointe en même temps que le reste de la sonde ; pendant ce temps cette pointe ne doit pas bouger et doit servir de point d'appui à la sonde pour passer de la position verticale à l'horizontale. Si la sonde est réellement dans le méat inférieur, elle forme presque un angle droit avec la face, tandis qu'elle forme un angle aigu ouvert par en bas, si elle s'est égarée dans le méat moyen. La faute la plus fréquente qu'on commette, c'est qu'arrivé à la paroi postérieure du pharynx on ne retire pas assez la sonde, par conséquent, qu'on retourne trop tôt le bec ou bien qu'on le laisse glisser de nouveau en arrière pendant ce mouvement de rotation ; dans ce cas, il s'engage dans la fossette de Rosenmüller, fossette assez profonde qui se trouve derrière le cartilage de la trompe et qui est très-riche en glandes. Cette faute passe très-facilement inaperçue, car, en tirant sur la sonde ou en la faisant mouvoir, on éprouve ordinairement la même sensation de résistance élastique que si elle était parfaitement engagée dans l'orifice de la trompe. En général, cette position de la sonde est beaucoup plus douloureuse pour le malade, et si l'on insuffle de l'air, le malade ne le sent pas dans l'oreille,

mais dans le cou. Très-souvent on est obligé de tourner des irrégularités de forme du méat en imprimant au bec un mouvement de latéralité, surtout en dehors. Dans les cas où l'opération devient impossible ou est trop douloureuse d'un côté, on peut faire passer la sonde par l'autre narine : il suffit pour cela que le bec de l'instrument soit un peu plus long.

Dès que la sonde est bien engagée dans l'ouverture de la trompe, le malade n'éprouve de l'embarras ni dans la parole, ni dans la déglutition, tandis que ces deux actes entravent beaucoup le dernier temps de l'opération, car chaque mouvement du voile du palais, chaque contraction des muscles du pharynx rétrécissent l'espace dans lequel l'instrument doit se mouvoir et causent de la douleur en pressant la muqueuse contre le bec de la sonde. Un autre signe de la bonne position de la sonde, c'est que cette dernière ne peut être tournée en haut, sans sortir de l'ouverture de la trompe.

Le plus souvent, on se sert de la sonde pour insuffler de l'air dans l'oreille moyenne; cette douche d'air se fait ou bien avec la bouche ou bien à l'aide d'un ballon en caoutchouc qui se continue avec un tuyau de même nature et dont l'extrémité est garnie d'un embout en corne, s'adaptant exactement à la partie évasée de la sonde ; dans les cas rares où la résistance des parois de la trompe est très-grande, on peut se servir d'une pompe à air comprimé. Pour percevoir les bruits qui de cette façon se développent dans l'oreille du malade, on applique sa propre oreille sur celle du patient, ou bien, ce qui est beaucoup plus facile, on fait communiquer l'une avec l'autre au moyen d'un tube en caoutchouc long de 70 centimètres à 1 mètre, qu'on appelle à juste titre *otoscope*.

On fait suivre cette douche d'air avec auscultation de l'oreille d'un nouvel examen de la distance à laquelle le malade entend et de l'état de la membrane du tympan; de ces différentes données, on peut tirer une série de conclusions non-seulement sur le plus ou moins de perméabilité et d'humidité de la trompe, mais encore on trouvera jusqu'à quel point la dureté de l'ouïe dépend d'une oblitération de la trompe ou d'autres modifications de la caisse du tympan (accumulation de mucosités, fixité de la membrane du tympan, etc.) qui ne peuvent être attaquées que d'une manière purement mécanique; ces conclusions auront une influence majeure sur le diagnostic, le prognostic et le traitement. Car cette insufflation d'air par la sonde, non-seulement écarte les surfaces muqueuses de la trompe trop fortement agglutinées, et rétablit de cette façon l'équilibre si nécessaire entre l'air de la caisse du tympan et celui du

pharynx, mais par cette douche la membrane du tympan est aussi poussée plus en dehors, comme nous pouvons nous en convaincre en l'observant à ce moment, et c'est ainsi que des agglutinations et des adhérences anormales de cette membrane sont nécessairement tiraillées et peut-être même détachées ou déchirées.

Parlons immédiatement d'un procédé qui, dans beaucoup de cas, peut rendre les mêmes services que la sonde et qui se distingue par sa simplicité et la facilité de son application. C'est le *procédé de Politzer pour rendre la trompe perméable* (1) : il consiste à condenser l'air dans la cavité naso-pharyngienne en l'insufflant par l'extérieur pendant que le malade fait des mouvements de déglutition. La manière d'opérer est très-simple : on n'a besoin que d'un tuyau droit ou légèrement courbé et ouvert des deux bouts ; il est introduit dans les fosses nasales à une profondeur peu considérable (15 millimètres à peu près) ; on ferme alors hermétiquement la cavité nasale en comprimant légèrement avec les doigts les ailes du nez au-dessous du tuyau ; on recommande ensuite au malade de faire des mouvements de déglutition au même moment où l'on souffle avec force dans ce tube. Cette insufflation peut se faire avec la bouche ou au moyen d'une vessie en caoutchouc. Le mieux est si l'on fait communiquer ce tuyau, qui peut être un peu épais et comprimé latéralement à son extrémité antérieure, avec la vessie au moyen d'un tube élastique court. Par ce procédé, on peut également insuffler de l'air dans l'oreille moyenne, et il trouve principalement son application dans les cas où un obstacle quelconque s'oppose à l'exécution du cathétérisme, que cet obstacle se trouve dans la structure défavorable des parties ou dans l'individualité du malade (enfance) ou bien dans l'habileté du médecin. Cette méthode a une importance toute spéciale pour les malades qui doivent se traiter eux-mêmes. Dans la plupart des cas, l'insufflation avec la sonde agit plus énergiquement, l'effet peut en être localisé plus facilement, et enfin son application est plus générale.

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, 1863, Nn. 6 u. ff.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Recherches sur la solubilité des fausses membranes diphthériques (1);

Par MM. Bricheteau et Adrian.

Il est assez rare de pouvoir se procurer des fausses membranes en quantité suffisante pour essayer une série de réactifs chimiques; aussi, le hasard nous ayant fait rencontrer, dans le service de M. Siredey, à l'hôpital Necker, un malade atteint de bronchite pseudo-membraneuse avec expectoration abondante, nous avons pu, grâce à son obligeance, recueillir plusieurs fausses membranes trachéales et bronchiques, comme le prouvait leur conformation : les premières se présentant sous l'aspect d'un ruban large et même par endroits formant un tube complet; les autres, constituant un cylindre compacte se terminant par des ramifications multiples d'une consistance moindre. Comme ce malade, qui est actuellement de bonne voie de guérison, après avoir expectoré pendant plus en quinze jours des lambeaux pseudo-membraneux, n'a présenté aucun des symptômes généraux de l'intoxication diphthérique, l'épithète de diphthériques n'est peut-être pas exactement appropriée à ces néo-membranes; mais, comme au point de vue histologique toutes les fausses membranes ont la même structure, comme celles que nous avions sous la main présentaient les mêmes caractères physiques et microscopiques que les exsudats diphthériques, nous avons pensé que les réactions chimiques obtenues pourraient s'appliquer à toutes, quitte à nous de les répéter sur des néo-membranes d'origine nullement douteuse.

Bon nombre de travaux ont déjà été faits dans cette direction; on les trouve complétement énumérés dans l'ouvrage de M. Laboulbène sur les affections pseudo-membraneuses; mais, depuis la publication de cet ouvrage, un certain nombre de médicaments nouveaux ont été préconisés; et, comme il ne se passe pas d'année qu'on ne prône quelque spécifique dont l'efficacité infaillible est toujours basée sur la propriété de dissoudre les fausses membranes pharyngées et laryngées, nous avons voulu soumettre ces deux assertions au contrôle du laboratoire, bien convaincus que réfuter une erreur est aussi utile à la science que découvrir une vérité.

---

(1) Note communiquée à la Société de Thérapeutique le 6 décembre 1867.

Deux substances devaient tout d'abord attirer notre attention à cause de leur récente apparition dans la thérapeutique des affections diphthériques : le sulfure de mercure et la pepsine.

Le sulfure de mercure a été proposé en inhalations. Suivant le procédé indiqué, nous avons maintenu une fausse membrane du poids de 20 centigrammes pendant plus d'une heure, directement au milieu des vapeurs qui s'exhalaient d'une eau contenant un excès de sulfure de mercure en suspension, et aucun changement ne s'est produit. La fausse membrane était seulement ramollie par le fait de l'imbibition, mais le même phénomène se produit avec la vapeur d'eau pure.

Il y a quelques mois on a émis l'idée purement hypothétique qu'il serait rationnel d'appliquer localement sur les fausses membranes une solution concentrée de pepsine ou de suc gastrique, afin d'obtenir leur digestion, s'il est permis d'employer cette expression, et par suite leur disparition. Au premier abord, cette idée, basée sur la propriété digestive nullement prouvée encore de la pepsine, avait pour elle un côté séduisant; nous ignorons si elle a été mise en pratique, mais, avant de tenter son emploi, nous avons cherché à réaliser dans un laboratoire les mêmes conditions. Une fausse membrane a été mise dans une solution concentrée de pepsine et maintenue à une température de 35 degrés. Ce n'est qu'au bout de douze heures que se sont produites la dissociation et la désagrégation de ce produit, mais pas la moindre trace de dissolution.

Nous avons essayé deux sortes de pepsine : la pepsine du commerce qui contient une quantité variable d'amidon, et la pepsine extractive garantie pure. Nous n'avons pu, à notre grand regret, nous procurer de suc gastrique; mais comme ce médicament, si toutefois il en est un, ne pouvant se conserver, serait d'une application pratique complétement nulle, nous avons passé outre.

Si maintenant à une fausse membrane qui macère dans une solution de pepsine pendant quelque temps, on ajoute quelques gouttes d'acide lactique, de 4 à 6 et même 10 gouttes, on obtient une dissolution prompte, mais qui n'est réellement complète qu'au bout de quinze à vingt minutes. Nous verrons tout à l'heure que le même effet est obtenu avec de l'eau aiguisée par quelques gouttes d'acide lactique, et que la présence de la pepsine est inutile pour le résultat cherché.

Vu la petite quantité de fausses membranes qui étaient à notre disposition, nous n'avons pu essayer tous les médicaments d'une

même série : les acides, par exemple ; force était de nous limiter ; nous exposerons seulement les quelques réactions qui nous paraissent dignes d'être rapportées. Les acides caustiques, tels que l'acide chlorydrique, sulfurique, nitrique, ont une action bien connue ; ils ont été assez mis en pratique, surtout le premier, pour qu'on sache à quoi s'en tenir sur leur valeur thérapeutique : l'inutilité des caustiques énergiques dans les affections diphthériques est généralement reconnue, mais ce que l'on ne connaît pas, c'est leur danger. Le plus grand reproche que nous leur adressons est de rendre la déglutition douloureuse et d'empêcher ainsi l'alimentation des enfants, ce qui aggrave bientôt les symptômes généraux diphthériques.

Nous avons surtout recherché l'action des acides organiques sur les fausses membranes.

Le premier qui se présentait était l'acide acétique, vu la propriété qu'on lui a attribuée tout récemment de détruire les tissus pathologiques, entre autres le cancer ; mais il suffit d'avoir fait quelques études histologiques pour savoir qu'une fausse membrane étudiée au microscope et traitée par l'acide acétique ne se dissout pas. Dans nos expériences, nous n'avons vu que l'effet suivant : si, dans un mélange par parties égales d'eau et d'acide acétique, on met une fausse membrane, au bout de cinq à dix minutes on la voit diminuer d'épaisseur, devenir translucide ; mais elle ne disparaît pas complétement, et il résiste une partie indissoluble qui, au microscope, paraît constituée par une trame fibrillaire serrée.

L'acide citrique produit un effet absolument semblable.

L'acide formique ne produit aucun changement, mais il n'en est pas de même de l'acide lactique. Nous nous sommes assurés qu'une solution très-faible de cet acide dissolvait complétement la fausse membrane avec laquelle elle était en contact, et cela assez rapidement.

Nous reproduisons textuellement les notes prises au moment même de l'expérience. Une fausse membrane du poids de 20 centigrammes, trachéale, épaisse, résistante, représentant à peu près 1 centimètre carré de surface, est mise dans un tube contenant environ 5 grammes d'eau, et on y verse deux gouttes d'acide lactique ; on agite et, au bout de quelques secondes, la fausse membrane diminue d'épaisseur, se désagrége et devient translucide. Au bout de deux minutes, bien que le liquide ait gardé sa transparence, ce qui prouve bien la dissolution, l'on n'aperçoit plus que quelques fragments à peine perceptibles d'une substance gélatiniforme, qui viennent surnager à la surface et ressemblent à de

l'écume. On ajoute quelques gouttes d'acide qui font disparaître toute trace de substance solide, mais il reste toujours un petit nuage transparent.

Ce résultat est déjà satisfaisant, mais on l'obtient d'une façon presque instantanée, si l'on met une fausse membrane du même poids dans une solution d'eau de chaux. La néo-membrane disparaît et le liquide reste transparent; la dissolution est complète. C'est, si je ne me trompe, un médecin allemand qui le premier a signalé ce fait; MM. Roger et Peter, dans l'article *Angine* du *Dictionnaire des Sciences médicales*, disent l'avoir vérifié. Mais a-t-on tenté l'application topique de l'eau de chaux sur des malades ? Nous l'ignorons.

Ainsi donc, l'acide lactique dilué et l'eau de chaux dissolvent les produits fibrineux diphthériques. Qu'allait donner la combinaison de ces deux dissolvants ? Le lactate de chaux. Ce que l'on devait prévoir, en se rappelant le principe sur lequel est fondée la combinaison qui préside à la formation des sels, — la neutralisation, — le lactate de chaux ne modifie en rien la structure de la fausse membrane.

Des acides nous avons passé aux alcalis et à leurs sels, et nous avons trouvé partout une insolubilité marquée.

L'action si énergique de la potasse et de la soude sur les tissus organiques nous avait fait penser que leurs solutions concentrées opéreraient la dissolution instantanée des fausses membranes, mais l'expérience nous a prouvé le contraire : nous avons remarqué qu'une eau, à peine alcalinisée par l'une ou l'autre de ces deux substances, agissait beaucoup mieux et en un temps plus court, qui varie de quatre à huit minutes, selon l'épaisseur de la membrane.

L'eau bromée au millième, proposée par M. Ozanam, désagrége la fausse membrane, mais il n'y a pas dissolution, même après plusieurs jours. Avec l'eau saturée de brôme, la désagrégation a lieu encore plus difficilement et plus lentement.

Le brome à l'état naissant, obtenu en décomposant le bromure de potassium par l'eau chlorée, ne nous a pas fourni un résultat plus satisfaisant.

Le bromure de potassium n'a produit aucune action apparente.

L'eau chlorée agit à peu près de la même manière, mais son action sur les organes respiratoires est si irritante qu'il est impossible de songer à l'emploi d'un tel médicament.

Quant aux sels, nous n'en avons essayé qu'un nombre très-limité, mais à l'exception des chlorates et des chlorures, nous les avons trouvés sans actions.

Le chlorate de potasse, depuis les recherches de M. Isambert, le chlorate de soude, depuis celles de M. Barthez, sont entrés avec raison dans la thérapeutique de la diphthérie ; ces médicaments sont éliminés par la salive, et ils ont ainsi une véritable action sur les produits diphthériques. Une solution de ces sels, mise en contact avec une fausse membrane, nous a montré une action dissolvante manifeste, mais lente. Au bout d'une heure, la dissolution n'était pas complète avec le chlorate de soude, et nous étions loin des effets obtenus avec l'eau de chaux et l'acide lactique.

Nous avons mis à l'épreuve divers sels de soude et de potasse, tels le sulfate de soude, le bicarbonate de soude, le nitrate de potasse, etc., et cela sans aucun résultat ; d'où nous concluons que la fibrine des néo-membranes que nous avions à notre disposition diffère chimiquement de la fibrine du sang, car cette fibrine est soluble dans une solution alcaline.

Nous mentionnerons seulement les essais que nous avons tentés avec d'autres médicaments, tels que le chlorure de zinc, l'acide chromique, etc. Nous avons été forcés de nous arrêter faute de matériaux, mais décidés à persévérer dans cette voie de recherches purement expérimentales.

En résumé, de toutes les substances que nous avons passées en revue, l'eau de chaux et surtout l'acide lactique nous ont paru les seuls agents capables de dissoudre entièrement la fausse membrane dans l'espace de quelques minutes. Il est inutile d'ajouter que ces deux médicaments ne pourront être utilisés en même temps, puisque l'acide lactique et l'eau de chaux donneraient naissance à un sel, le lactate de chaux, qui est dépourvu de toute action dissolvante.

Mais ici se présente une objection. Ces tentatives sont-elles utiles ? La solution de ce problème : trouver un dissolvant des exsudats diphthériques est-elle d'un intérêt aussi grand qu'elle le paraît tout d'abord ? Nous croyons, pour notre compte, qu'aucun médicament topique ne pourra jamais être le médicament curatif de la diphthérie, le spécifique, si l'on aime mieux. En admettant même que l'on trouve un médicament inoffensif qui, appliqué localement, fera disparaître instantanément la fausse membrane, aura-t-on guéri le malade ? Non certes ; l'effet a disparu, mais la cause persiste, et cette cause réside dans la maladie générale, qui

se traduit à nous à la fois par l'intoxication diphthérique et l'exsudat diphthérique. Il est donc inutile de chercher un spécifique de la diphthérie ; il n'y en a pas, il ne saurait y en avoir, et l'on ne saurait trop se méfier de tous ceux qui se succèdent dans les journaux de médecine. C'est pour réagir dans ce sens que nous avons entrepris ces quelques expériences, car, en médecine, la théorie ne suffit pas, il faut qu'elle soit appuyée sur la clinique et l'expérimentation.

Cependant les exsudats diphthériques, par leur seule présence, constituent souvent le grand danger de ces maladies : le croup, par exemple, cause souvent la mort par asphyxie. Nous avons, il est vrai, un moyen héroïque d'y remédier par la trachéotomie, mais combien ne serait-il pas préférable de trouver un moyen médical qui pût nous empêcher d'avoir recours à ce dernier expédient, suivant l'expression de Malgaigne. C'est vers ce but que doivent tendre les recherches chimiques ; le champ est vaste et inexploré, mais aussi le résultat sera d'une grande utilité : c'est assez pour encourager à poursuivre ce but.

C'est pourquoi nous avons cru devoir publier de suite nos observations, malgré leur insuffisance, afin que le pouvoir dissolvant de l'acide lactique et de l'eau de chaux sur les fausses membranes soit étudié avec soin dans les cas d'angine diphthérique, où les ressources de la médecine sont encore si restreintes (1).

Voici les doses qui nous paraissent devoir être employées :

En pulvérisation :

Eau..	100 grammes.
Acide lactique.............................	5 —

En gargarisme :

Eau..	100 grammes.
Acide lactique.............................	5 —
Sirop d'orange.............................	30 —

(1) Depuis la lecture de cette note, M. Thore, de Sceaux, a communiqué à la Société de Thérapeutique les résultats d'expérieuces faites depuis plusieurs années sur ce sujet. Ces expériences, qui toutes sont négatives, sont, sur plusieurs points, confirmatives des nôtres, et nous avons le regret de dire que M. Thore n'a trouvé aucun dissolvant.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Deux applications peu connues de l'iodure de potassium.

Le traitement des inflammations chroniques des membranes muqueuses devient des plus simples et des plus efficaces chaque fois qu'il est possible d'agir topiquement sur les parties malades. Tout le monde connaît les immenses ressources qu'on peut tirer de la médication dite *substitutive*.

La théorie assez bizarre, et cependant généralement admise, inventée pour expliquer le mode d'action de ses différents agents, m'a toujours semblé une de ces explications sans fondements, qu'on accepte trop facilement sous l'autorité du maître. Etudiés d'une manière générale, les phénomènes intimes de l'inflammation sont partout les mêmes, et je ne saurais comprendre qu'une même chose puisse se substituer à elle-même.

La fameuse doctrine homœopathique : *Similia similibus curantur*, s'écroule dès qu'on y regarde de près ; on s'aperçoit tout de suite que le meilleur moyen de faire cesser une inflammation chronique est de détruire les nombreux vaisseaux anormaux qui pullulent dans la partie malade et qui, avec une circulation beaucoup trop lente, laissent déposer ces *plasmas* qui jouent un si grand rôle dans les altérations organiques. Les prétendus substitutifs ne sont que des coagulants ou des escharrotiques légers ; ils obstruent ou détruisent les vaisseaux les plus ténus et les moins organisés. Le réseau capillaire normal, excité et moins comprimé, reprend son énergie, et bientôt, une circulation suffisante empêchant l'extravasation locale abondante du plasma sanguin, les phénomènes de l'inflammation disparaissent.

En pathologie, il est des cas assez nombreux où il est difficile, souvent impossible, quelquefois dangereux, de porter le modificateur local sur les muqueuses malades. Parmi ces derniers se trouvent celles des voies lacrymales et du canal utérin. Tous les praticiens savent combien il est difficile, avec les moyens généralement employés, de lutter contre les affections inflammatoires de ces conduits.

En présence de ces difficultés, je me suis demandé s'il n'était pas possible de faire arriver dans ces canaux, par la voie de la grande circulation, un agent médicamenteux qui agirait de la même manière, par exemple, que les térébenthines et les balsa-

miques sur les muqueuses vésicale et uréthrale, en passant dans l'urine. J'ai songé à l'iodure de potassium qui s'élimine en si grande quantité par la sécrétion des larmes, et qu'on retrouve également, en proportion moins grande, dans la sécrétion muqueuse de l'utérus. L'expérimentation clinique n'a pas tardé à donner raison à mon hypothèse thérapeutique.

Mon premier essai fut fait sur une femme de vingt-cinq à vingt-six ans, d'un tempérament scrofuleux, atteinte depuis trois mois d'un engorgement du sac lacrymal, avec obstruction incomplète du canal nasal. J'instituai un traitement *exclusif* par l'iodure de potassium à la dose progressive de 25 centigrammes à 1 gramme. Au bout de quinze jours, les accidents avaient cessé et les larmes avaient repris leur cours normal. Dans ce cas, je me suis demandé s'il ne fallait pas tenir compte de l'action du sel iodé sur l'état général de la malade. Sans nier son influence favorable, j'ai pensé qu'il n'était guère possible, en aussi peu de temps, de modifier une constitution profondément atteinte.

De nouvelles observations n'ont pas tardé à me convaincre qu'il importait surtout de tenir compte de l'action locale du médicament employé. Cette fois, j'avais affaire à des malades d'une bonne constitution, d'un bon tempérament, atteints d'inflammation chronique des voies lacrymales, soit à la suite de conjonctivite granuleuse ancienne, soit à la suite de coryza chronique, et l'iodure de potassium amenait des guérisons plus ou moins rapides.

Restait à savoir si, dans les inflammations chroniques, avec obstruction complète du canal, sans lésions osseuses, ce médicament conservait encore une certaine action. L'observation est venue me montrer qu'il était possible, avec lui, d'obtenir des succès, ainsi que j'ai pu le constater deux fois. Il ne serait pas impossible que le sel modificateur passât encore dans le conduit malade par la sécrétion muqueuse ou par celle des glandes décrites par Béraud. Aussi, avant d'en venir aux moyens purement mécaniques, je crois prudent d'essayer une médication inoffensive par le sel iodé.

Enfin, quand il existe une fistule, suite d'un abcès du sac, il donne encore de beaux succès, qu'il est bon d'aider par des cautérisations au nitrate d'argent ou par des applications de teinture d'iode.

Sans exagérer la valeur de la médication que je propose, je puis dire, avec conviction, que, chez beaucoup de malades, on peut éviter, avec elle, un traitement long, douloureux et trop souvent infructueux, et la dernière ressource, l'occlusion du sac, qui est bien

certainement le moyen le plus sûr, dans les cas réfractaires, de procurer une guérison certaine aux malades.

Dans les inflammations chroniques de la muqueuse utérine, les succès de la médication iodée sont moins rapides et moins nombreux; mais ils m'ont semblé encore assez remarquables pour que je sois en droit de les signaler à l'attention des praticiens. Toutes les fois qu'il s'agit de porter un caustique solide ou liquide dans la cavité de la matrice, beaucoup d'entre eux reculent encore devant la possibilité d'accidents redoutables, malgré l'exemple plein de hardiesse de plusieurs médecins modernes qui semblent avoir démontré que nos devanciers s'étaient beaucoup exagéré les accidents qui peuvent résulter d'une action assez énergique sur la muqueuse malade de l'organe gestateur. Leurs procédés ne sont pas encore passés dans la pratique générale, et ils sont fréquemment refusés dans leur application par un grand nombre de malades.

Souvent, dans les cas de *métrite interne,* avec leucorrhée abondante et tout ce cortége de symptômes de voisinage ou sympathiques qui empoisonnent la vie de tant de femmes, j'ai vu, après de longs traitements infructueux, des améliorations des plus marquées et même quelques cas de guérison (ce qui arrive si rarement) sous l'influence de l'iodure de potassium. Il importe d'en élever la dose plus que dans les maladies dont nous parlions tout à l'heure (1 à 2 grammes), et d'insister plus longtemps sur son emploi.

L'engorgement de l'organe tout entier est souvent modifié de la façon la plus heureuse, et, quand il a disparu, les accidents muqueux cessent plus facilement. Ce phénomène s'explique en songeant que, dans cet état de la matrice, les vaisseaux sont comprimés et que cette compression entretient une congestion permanente de la membrane interne. J'ai vu une guérison bien soutenue, par l'iodure, dans un cas de métrite, avec *métrorrhagie* fréquente, qui m'avait fait songer à une lésion beaucoup plus grave.

Je me suis encore bien trouvé de la médication iodurée dans les cas d'affections granuleuse et ulcéreuse du col. Bien souvent, quand le caustique a détruit ce qu'il peut atteindre, on voit sourdre de la cavité utérine un liquide muqueux, épais, qui contient un plus ou moins grand nombre de leucocytes; sous l'influence du médicament, cet écoulement finit par se tarir.

Comment agit l'iodure de potassium dans les maladies que je viens de signaler? Il agit principalement, selon nous, comme modificateur direct, à la façon des prétendus substitutifs, en dévascularisant la muqueuse enflammée, et en ramenant son réseau capil-

laire à son type normal. Si, tout seul, il n'est pas suffisant pour amener une guérison complète, il reste un auxiliaire avantageux des autres traitements auxquels on peut l'associer.

Dr A. de Beaufort.

Décembre 1867.

BIBLIOGRAPHIE.

Rapport sur les progrès de la chirurgie, par MM Félix Guyon et Léon Labbé.

. S'il est une étude négligée par presque tous les médecins, c'est à coup sûr l'histoire de la médecine et de la chirurgie. Il y a à cela plusieurs causes, parmi lesquelles l'utilité éloignée des études historiques pour la pratique et aussi la difficulté de se procurer les éléments nécessaires. En ce qui concerne la chirurgie proprement dite, notre littérature est extrêmement pauvre. Peyrihle et Dujardin avaient tenté de combler cette lacune ; les deux volumes qu'ils ont publiés sur les premières périodes de la chirurgie sont très-précieux et font vivement regretter que les auteurs n'aient pu achever leur œuvre. Les matériaux d'un troisième volume étaient réunis et nous avons entendu naguère l'illustre Malgaigne se plaindre amèrement de n'avoir pu les obtenir du dépositaire, encore vivant aujourd'hui et professeur honoraire de notre Faculté. Espérons toutefois que cette richesse n'est pas définitivement perdue pour la science. L'*Histoire de la chirurgie* de Quesnay ne parcourt qu'une très-petite période, et nous ne possédons en réalité que la splendide Introductiou à l'ouvrage d'Amb. Paré, qui comprend l'histoire de la chirurgie du onzième au seizième siècle. Malgaigne se proposait de continuer son œuvre, et de faire l'histoire des dix-septième et dix-huitième siècles, projet qu'une mort rapide l'a empêché d'accomplir, mais qui sera sans doute un jour réalisé avec les nombreux matériaux qu'il avait recueillis dans ce but.

Cette extrême pénurie des ouvrages historiques nous fait mieux apprécier encore l'importance et l'utilité de l'ouvrage considérable dont nous allons dire quelques mots au lecteur.

M. le ministre de l'instruction publique a eu la pensée, qu'on ne saurait trop louer, de publier un rapport général sur les progrès accomplis dans toutes les sciences pendant la période contemporaine. Il avait invité MM. Denonvilliers, Nélaton et Velpeau à présenter le rapport sur les progrès de la chirurgie, mais ces éminents

chirurgiens, empêchés d'entreprendre une aussi lourde tâche, l'ont confiée à MM. Léon Labbé et Félix Guyon, tous deux agrégés de la Faculté et chirurgiens des hôpitaux. Ceux qui connaissent la profonde instruction et le jugement exquis de nos deux collègues n'avaient pas un instant douté du succès de leur entreprise, mais il était difficile d'espérer un ouvrage aussi considérable et aussi complet. Flattés de la haute distinction dont ils étaient l'objet, MM. Guyon et Labbé ont tenu à honneur de s'en montrer dignes, et nous sommes particulièrement heureux qu'ils aient si bien réussi.

Le rapport de MM. Guyon et Labbé ne contient pas moins de 750 pages ; aucune digression ne s'y rencontre ; un grand nombre de détails ont dû même être volontairement omis par les auteurs.. C'est qu'en effet, si la physique, la chimie, la mécanique, etc., ont fait d'immenses progrès dans le dix-neuvième siècle, la chirurgie n'est certes pas restée en arrière. La démonstration de ce fait n'est pas nécessaire, mais nous la trouverions complète dans le précieux ouvrage dont voici un court résumé.

Il se compose de cinq chapitres.

Le titre seul des chapitres indique suffisamment le plan qu'ont adopté les auteurs.

1° Historique général. Tendances actuelles du mouvement scientifique et de l'enseignement chirurgical en France.

2° Progrès réalisés dans l'étude de la pathologie externe.

3° Progrès accomplis dans l'application des méthodes d'exploration.

4° Progrès accomplis en médecine opératoire.

5° Exposé des progrès accomplis dans le traitement des blessés et des opérés.

Les auteurs ont pris comme point de départ le livre classique de Boyer, qui résume en effet toute la chirurgie du dix-huitième siècle. Ce n'est pas sans un certain étonnement que l'on voit Boyer affirmer que la chirurgie est arrivée à son apogée et qu'il n'y a plus, comme le dit Roux, qu'à glaner dans le champ de la science. Boyer n'avait pas compris la portée des travaux immortels de Bichat ; il ne soupçonnait pas les ressources que la chirurgie devait emprunter à la physiologie expérimentale et à l'anatomie générale, découverte féconde, marquée au coin d'un puissant génie. Il ne pouvait prévoir non plus l'usage du chloroforme, qui a permis d'entreprendre des opérations jusqu'alors impossibles. Il ignorait également les éclatants services que devaient rendre plus tard à notre belle science le microscope, l'ophthalmoscope, etc.

Lorsque nous envisageons aujourd'hui, malgré les conquêtes dues à notre époque, le nombre des problèmes insolubles que la pratique nous offre à chaque instant, nous comprenons combien il est imprudent d'imposer des limites à la science et nous devons répéter après Sénèque : « *Multum adhuc restat operis, multumque restabit; nec ulli nato post mille secula præcludetur occasio aliquid adjiciendi.* »

MM. Labbé et Guyon attribuent une influence bien légitime à la découverte de l'anatomie chirurgicale, cette synthèse que les bons chirurgiens avaient dû faire pour eux-mêmes à toutes les époques, mais qui n'avait jamais été enseignée ni décrite avant l'année 1826.

La pratique chirurgicale n'est plus aujourd'hui réduite à l'empirisme, comme elle l'a été si longtemps. Les auteurs du rapport signalent avec grande raison la direction nouvelle des esprits : « Il n'est pas aujourd'hui un chirurgien qui ne se préoccupe davantage des suites de l'opération que de l'opération elle-même. De nombreux essais thérapeutiques, l'application de la plus infinie variété des procédés chirurgicaux, ont montré que médicaments et opérations étaient le plus souvent impuissants à arrêter la marche des redoutables complications qui, comme l'infection purulente et l'érysipèle, prélèvent un si lourd tribut sur nos opérés. Aussi veut-on prévenir la naissance des maladies que l'on se sent incapable d'arrêter dans leur évolution, et leur prophylaxie est-elle à l'ordre du jour de tous les esprits. »

Dans leur premier chapitre, les auteurs tracent à grands traits les principales découvertes du siècle et notre méthode scientifique moderne, basée sur l'observation et l'appréciation rigoureuse des faits. Se livrant ensuite à un travail véritablement prodigieux, ils passent en revue tous les travaux originaux de notre époque, en expriment rapidement le contenu et fournissent les indications bibliographiques les plus précises.

Nous n'avons aucune raison pour pousser plus loin cette analyse ; car vouloir donner au lecteur une idée de ce que contient l'ouvrage, ce serait lui exposer tout ce qui a été écrit et professé d'important sur notre art touchant la pathologie externe, la médecine opératoire, l'anatomie pathologique et le régime des opérés.

Nous pouvons donc affirmer que MM. Labbé et Guyon ont élevé à la science, sous le nom modeste de rapport, un monument dont la base est inattaquable, car elle repose sur l'analyse exacte et judicieuse des travaux modernes. Ils ont ainsi rendu un éminent service à tous les travailleurs actuels, et plus encore à ceux qui

voudront plus tard tracer l'histoire de la chirurgie en France au dix-neuvième siècle.

Rapports sur les progrès de l'hygiène, par A. Bouchardat; *De l'hygiène militaire*, par Michel Lévy; *De l'hygiène navale*, par Leroy de Méricourt.
Rapport sur les progrès et la marche de la physiologie générale en France, par Cl. Bernard.

Le temps et l'espace nous manquent pour résumer cette série de travaux, il y en a que nous n'avons pas encore reçu, le rapport sur les progrès de la médecine, entre autres; nous y reviendrons plus tard. Contentons-nous, pour le moment, d'exprimer le regret que le ministre de l'instruction publique n'ait pas songé à la thérapeutique. Il y avait là, plus que pour l'hygiène, matière à un exposé brillant et original des vicissitudes de notre science, qui aurait porté son enseignement.

Mais nous tenons à mentionner le rapport de M. Bernard qui, en quelques pages, a su tracer un programme de la science physiologique, en indiquer la marche et les tendances. L'éminent professeur a pensé qu'un exposé chronologique de travaux exécutés en France depuis vingt-cinq ans serait nécessairement monotone et confus, à cause de l'impossibilité de fondre tous les matériaux et de les classer dans un ordre méthodique; il a fait mieux, il a su montrer quelle avait été l'influence française sur la physiologie moderne, grâce à trois grands hommes, Lavoisier, Laplace et Bichat. Avec une modestie qu'on ne saurait trop louer, il s'est effacé et a surtout insisté sur la direction que doit suivre la physiologie et sur le rôle qui lui est réservé dans l'avenir. Nous en donnerons une juste idée en citant quelques lignes qui nous paraissent parfaitement résumer sa pensée :

« La physiologie expérimentale est la science la plus élevée des êtres vivants, parce que c'est elle qui poursuit le but suprême que l'homme se propose d'atteindre par la science, savoir : l'action sur les phénomènes de la nature.

« On avait pu croire au premier abord que la *vie* était un obstacle à la domination de l'homme sur les phénomènes biologiques, mais en disant que la physiologie se rendra maîtresse des phénomènes vitaux, la liberté morale ne saurait être atteinte par cette puissance de l'homme sur la vie. D'ailleurs, la science ne peut conduire qu'à la vérité, et la vérité doit non-seulement être recherchée par le savant, mais elle ne doit être redoutée par personne, quelles que soient les idées philosophiques que l'on professe.

« Nous avons dit quelque part que le physiologiste pourra, comme le chimiste, créer des organismes nouveaux ; il n'y a, en effet, pas plus d'impossibilité à la création d'un être vivant qu'à celle d'un corps brut. Mais le physiologiste devra partir de la matière organisée pour lui imprimer, par des conditions spéciales, des modifications physiologiques et des directions phénoménales nouvelles.

« Toutes les créations du chimiste et du physicien ne sont en réalité que des exhibitions. Ils ne créent point les forces physico-chimiques ; ils leur fournissent uniquement des conditions pour se manifester sous des formes nouvelles pour l'homme, mais qui existaient à l'état latent dans les lois éternelles de la nature. De même le physiologiste, en donnant naissance à des êtres nouveaux, ne saurait avoir l'idée qu'il a créé la force vitale ; il n'aura fait, comme les chimistes et les physiciens, que découvrir des conditions particulières, dans lesquelles le germe vital pourra prendre des directions nouvelles et développer des organismes jusqu'alors inconnus. »

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cancroïde de la joue guéri par l'application de la solution de chlorate de potasse [1]. — (Observation recueillie, avec le concours de M. Couyba, externe à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Féréol, médecin des hôpitaux.) — Le 17 octobre 1867, un homme, âgé de cinquante-six ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 6, dans le service que je dirige temporairement, pour un petit ulcère cancroïdal, siégeant sur la joue gauche, au-dessous de l'œil, à un centimètre et demi à peu près de l'aile du nez. Ce petit ulcère est environ du diamètre d'une pièce d'un franc ; ses bords sont irréguliers, déchiquetés, un peu saillants et rugueux, taillés à pic ; le fond est d'un rouge violacé, granuleux, avec des anfractuosités grisâtres ; la sécrétion est peu abondante et n'a pas de fétidité spéciale ; on remarque sur la peau qui avoisine les bords de l'ulcère une croûte superficielle jaunâtre, qui en suit les irrégularités et forme une espèce de collerette dans une zone de 2 à 3 millimètres. La base de l'ulcère est un peu dure ; il n'y a pas de ganglions indurés dans

[1] Lu à la Société de Thérapeutique (séance du 17 janvier 1868).

le voisinage. Les douleurs ressenties par le malade sont légères; le plus souvent c'est un peu de prurit; il y a parfois quelques petits élancements. La santé générale est excellente.

Le malade fait remonter à quatre années le début de son mal. Sans cause connue, un petit bouton apparut sur la joue; il était un peu saillant et rouge; il s'y forma une petite croûte, et comme il y avait un peu de démangeaison, il est probable que le malade se grattait. Il le nie cependant, et affirme que la croûte tombait seule au bout de huit à quinze jours, pour se reformer immédiatement. Le mal grandit lentement, et ce n'est guère que depuis un an que l'ulcération se montra, d'abord linéaire, puis de plus en plus étendue.

Le malade dit, du reste, qu'on peut se faire une idée exacte de ce qu'était le mal au début, en examinant deux petits boutons qu'il porte à la joue droite, et qui n'existent, dit-il, que depuis un ou deux mois. En effet, on constate sur la joue droite, au milieu des follicules pileux de la barbe, au-dessous de l'arcade zygomatique, deux petites saillies papuleuses, séparées par un espace de quelques millimètres, et grosses comme de très-petites lentilles. Ces points papuleux sont à peine d'une coloration différente de celle de la peau saine, mais ils sont légèrement croûteux, et si on enlève la pellicule jaunâtre qui les recouvre, on trouve au-dessous une petite surface suintante, très-légèrement excoriée.

Pour tout traitement, on se borne à faire tenir constammont sur l'ulcère de la joue gauche un petit tampon de charpie imbibé d'une solution concentrée de chlorate de potasse.

En quelques jours, la modification est évidente : le fond de la plaie se déterge; des bourgeons charnus de bonne nature tendent à la combler, et en moins de trois semaines la cicatrisation est absolument complète. Elle se fait même d'une façon remarquable et sans que le tissu cicatriciel de nouvelle formation paraisse exercer la moindre rétraction sur les parties voisines. Ainsi, le 9 novembre, on constate que la perte de substance a été littéralement comblée par un tissu de nouvelle formation, tissu blanchâtre, un peu inégal, un peu dur et saillant, qui est venu remplir les vides formés par l'ulcère, dont il reproduit le contour primitif, fort irrégulier, et dont il représente fort exactement la forme et les dimensions.

Remarques. Une communication faite à l'Académie de médecine, en 1863, par M. le docteur Bergeron, a appelé l'attention sur l'utilité du pansement des cancroïdes avec la solution de chlorate de

potasse. Depuis lors, quelques rares observations à l'appui ont été publiées çà et là dans la presse médicale, notamment par M. le docteur Blondeau. J'aurais désiré faire aujourd'hui le rappel de tous ces faits, et voir si de leur comparaison ne sortirait pas quelque conclusion intéressante. Malheureusement le nombre en est encore restreint, d'autant plus que M. Bergeron s'est borné à énoncer des résultats sans donner les observations détaillées. Or, de son propre aveu, comme de celui de tous les médecins qui ont essayé ce mode de traitement, s'il réussit quelquefois, il échoue fort souvent. Pour ma part, bien que j'y aie eu recours en mainte circonstance, c'est la première fois qu'il me donne un résultat satisfaisant; il est vrai qu'il est impossible d'en désirer un plus encourageant. Je ne sais ce que l'avenir garde à mon malade: j'ignore s'il y aura récidive de l'ulcère dont la cicatrisation a été aussi rapide et paraissait aussi complète et aussi solide qu'on pouvait le souhaiter; je ne puis dire si quelque autre ulcère ne paraîtra pas loin de la cicatrice, et il sera très-sage, à cet égard, de surveiller attentivement les deux points de la joue droite qui menaçaient de s'ulcérer; mais, au moins, pour le moment, le succès est complet.

S'il n'en est pas toujours ainsi, cela ne tient-il pas à ce que les cancroïdes contre lesquels on emploie la médication ne se ressemblent pas, ou, du moins, s'ils se ressemblent, ne sont pas les mêmes? En d'autres termes, n'y a-t-il pas là, comme ailleurs, des indications et des contre-indications? et ne peut-on pas, en les précisant, éviter des tâtonnements toujours fâcheux, et des échecs qui compromettent, dans une certaine mesure, la valeur de la médication?

Le seul moyen d'arriver à la solution de cette question serait de publier tous les cas de succès et d'insuccès de la méthode, et de leur comparaison peut-être pourrait-on déduire quelques règles de conduite.

Ce travail, dont les éléments me manquent aujourd'hui, nous sera donné sans doute un jour par M. Bergeron. En attendant, qu'il me pardonne si je me permets de dire ce que j'ai cru observer dans ma petite sphère.

Il m'a semblé que les cancroïdes des lèvres étaient généralement très-rebelles à ce mode de traitement. J'y ai eu recours plus de six fois (et récemment encore à l'hôpital Saint-Louis), et toujours avec un insuccès complet. Je sais, d'après une conversation que j'ai eue avec M. Bergeron, que M. Leblond a obtenu un succès fort remarquable sur un cheval affecté d'un énorme cancroïde de

la lèvre. Mais il m'a semblé qu'à cet égard l'homme était beaucoup moins bien partagé que la bête.

Presque tous les cas de guérison dont j'ai connaissance sont des cancroïdes de la joue. Or, ceux-ci sont, il me semble, bien différents de ceux-là.— La tumeur épithéliale de la lèvre est plus végétante qu'ulcérante; elle repose sur une base indurée. L'ulcération n'est qu'à la surface, et c'est plutôt une érosion encore. Les ganglions du voisinage, lorsque l'affection a duré un certain temps et pris quelque développement, sont toujours plus ou moins tuméfiés et durs. Le *noli me tangere* de la joue est, au contraire, une affection ulcérante plutôt que végétante ; il n'est pas rare de la voir durer depuis longtemps et amener des désordres assez graves, sans que les ganglions se prennent. M. Cazenave, dont j'étais l'interne il y a onze ans, la considérait le plus souvent comme une lésion primitive des follicules sébacés, et en faisait une *acné ulcéreuse*. A cette époque, cette opinion passait pour un peu fantaisiste; mais il m'a semblé, en y regardant de près, que cette interprétation était parfaitement fondée dans bien des cas, et celui que je rapporte aujourd'hui en est un exemple, à mon avis. Les renseignements fournis par le malade ne permettent guère de douter, en effet, que son ulcération n'ait commencé par une petite croûte d'acné sébacée pareille à celles que l'on constatait dans la barbe.

Serait-ce donc exclusivement contre le cancroïde d'origine sébacée que le chlorate de potasse serait efficace et devrait être employé ? Cela ne paraît pas déraisonnable au premier abord, si l'on pense à l'utilité bien connue des sels de potasse contre les affections des follicules sébacés; et je serais tenté de le croire, si je ne savais que l'expérience seule doit décider en pareille matière, et qu'il faut se garder des généralisations anticipées, comme des raisonnements *à priori*.

Je dois avouer, du reste, qu'au moment où j'obtenais un si beau succès sur le malade dont je viens de rapporter l'histoire, j'avais à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle Sainte-Marthe, une femme affectée d'une acné sébacée du nez à tendance ulcéreuse, sur laquelle je fis l'essai de la même médication, et cela pendant plus de six semaines, sans obtenir le moindre résultat. Cet insuccès est bien fait, à coup sûr, pour me désenchanter de ma théorie.

Néanmoins, comme on tient toujours à son bien, surtout quand on n'est pas très-riche, je me suis demandé si ce dernier cas était bien concluant. Cette acné sébacée, en effet, n'était pas encore ulcéreuse. Il s'agissait d'une femme jeune, très-bien portante, du

reste, et qui, depuis six à huit mois, portait, sur l'extrémité et au milieu du lobule du nez, une petite croûte d'un brun jaunâtre, grosse comme une très-petite lentille ; en soulevant cette croûte, on trouvait au-dessous une surface pâle, humide, non saignante, d'aspect muqueux; tout autour de la croûte, le nez était couvert jusque sur ses ailes d'une sorte de sable fin et jaune, formé par de petites croûtes jaunâtres bouchant les orifices, probablement un peu dilatés, des follicules sébacés. Comme on le voit donc, il y avait là, ainsi que je disais tout à l'heure, tendance à l'ulcération, mais non un véritable ulcère. Or, il est possible que le chlorate de potasse soit sans efficacité contre cette forme de l'acné, assez commune du reste, et qu'il réussisse parfaitement dans la forme ulcéreuse. En d'autres termes, la condition première de l'efficacité du chlorate de potasse me paraît être l'existence d'une ulcération. Je me rencontre ici avec un de mes amis, M. le docteur Tillot, qui, dans une note publiée en 1866 [1], a constaté les bons effets du chlorate de potasse, comme topique, dans les ulcérations phagédéniques. Je me rencontre encore avec mon excellent maître, M. le docteur Guéneau de Mussy, qui se sert journellement, avec avantage, de la solution de chlorate de potasse ou de chlorate de soude, contre les ulcérations et les pseudo-membranes des vésicatoires. Enfin, j'ai pour moi l'autorité de M. Pidoux, de Trousseau et d'une foule de médecins qui emploient ce topique dans des circonstances très-diverses, mais ayant toutes un point commun, à savoir qu'il s'agit de surfaces ulcérées ; peu importe d'ailleurs que la scrofule, le cancer, le scorbut, ou toute autre cachexie soient en cause, que le mal siége à l'utérus, dans la bouche, dans la muqueuse rectale ou sur la peau.

En résumé, autant qu'il m'est permis de conclure, d'après ce que j'ai observé, il m'a semblé que le pansement du cancroïde avec la solution de chlorate de potasse avait chance de réussir principalement contre le cancroïde à forme d'acné ulcéreuse, ou, si l'on aime mieux, contre le cancroïde ulcéré de la peau.

J'ajouterai que, tant dans cette forme que dans toute autre, il serait peut-être bon d'essayer le chlorate de potasse non-seulement en solution, celle-ci ne contenant jamais qu'une proportion assez faible du médicament, mais, comme l'a conseillé M. Tillot dans la brochure dont j'ai parlé, en pommade, ou même en poudre,

[1] *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXX, p. 245. — *Du traitement du phagédénisme au moyen du chlorate de potasse*, par E. Tillot.

et, si l'action topique pulvérulent était trop énergique, il serait facile de la modérer, en y ajoutant un peu de sous-nitrate de bismuth ou d'oxyde de zinc.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement des taches de la cornée par l'iodure de potassium. Le docteur R. Castorani, professeur à Naples, étudiant les causes des affections de la cornée, dites kératites, a demontré que les diverses affections de cette membrane, réunies sous la dénomination générale de kératite suppurative, sont produites par la pénétration dans la cornée de sécrétions anormales de la conjonctive, non-seulement lorsque l'inflammation de cette membrane est primitive, mais encore quand elle est consécutive à celle des autres membranes de l'œil. Cette pénétration aurait pour effet de ramollir la cornée et en même temps de la rendre opaque. Il a démontré, en outre, que, lorsque la cornée est vasculaire, les vaisseaux n'en altèrent nullement les tissus; mais que le ramollissement et l'opacité, quand ils existent, sont toujours l'effet de l'imbibition. Il a fait voir enfin que l'ulcère de la cornée est occasionné par le frottement des paupières et par l'écoulement des sécrétions anormales et des larmes sur la partie de la membrane devenue molle et opaque. Dès cette même époque, il eut l'idée que les causes des taches de la cornée, connues sous les noms de néphélion, albugo et leucôme, étaient aussi extérieures à la cornée, et qu'elles consistaient dans les sécrétions anormales de la conjonctive enflammée; sécrétions qui, sous forme de petits filaments, de molécules de pus ou de mucus, se déposent sur la partie ulcérée, y adhèrent et s'y organisent en s'y insinuant. Il fut amené à penser aussi que les taches de la cornée se forment le plus souvent au centre de cette membrane, par suite du mouvement des paupières agissant de la périphérie au centre, de telle sorte que les filaments du mucus se trouvent entraînés vers ce point; que la cornée, à moins qu'elle ne soit perforée, peut se régénérer sans tache à l'aide d'excitants, qui aident le travail de reproduction de son tissu en même temps qu'ils modifient la sécrétion de la conjonctive; que la régénération est plus active à la périphérie qu'au centre de cet organe; que, pour obtenir la guérison des taches de la cornée, il faut enlever les couches opaques petit à petit, ou les détruire à l'aide des caustiques, afin de les transformer en plaies ou en ulcères, lesquels seraient ensuite soignés comme tels.

C'est pour vérifier ces diverses propositions que M. Castorani en a appelé au double contrôle des expériences et de l'observation, et les résultats obtenus ont été satisfaisants.

Il est résulté de ces expériences, que nous nous dispensons de reproduire, que l'iodure de potassium, suivant le degré de concentration auquel on l'emploie, le mode et la fréquence de ces applications, agit tantôt comme caustique, tantôt seulement comme dissolvant. On peut donc l'employer dans le traitement des taches de la cornée à ces deux titres, en l'appliquant différemment, suivant celui de ces deux modes d'action que l'on veut produire. Dans le premier cas, par exemple, si l'on veut qu'il agisse comme caustique, on touche la tache avec un petit pinceau pendant un quart de minute, afin de la remplacer par une plaie; dans l'autre cas, si l'on ne veut avoir qu'une action dissolvante, on touche trois fois par semaine la conjonctive palpébrale supérieure et inférieure, et on agit alors comme lorsqu'on touche cette membrane avec la pierre de sulfate de cuivre dans le traitement des ulcères de la cornée. On arrive plus promptement à la guérison des taches en employant l'iodure de potassium comme caustique.

Employé comme dissolvant dans la kératite primitive disséminée au premier et au deuxième degré, il a donné également des succès remarquables.

Enfin M. Castorani a expérimenté l'iodure de potassium contre les granulations de la conjonctive, pourvu qu'il n'existât pas des vaisseaux sur

la cornée, et il lui a paru qu'il agissait alors comme un topique supérieur à tous les autres.

Il est une circonstance inhérente à l'emploi de ce moyen qu'il importe de ne pas passer sous silence, c'est la douleur qu'il provoque, douleur assez vive, mais rapide.

Avec la solution saturée d'iodure de potassium, M. Castorani a formé divers collyres plus doux. Telles sont : une solution saturée d'iodure de potassium et de glycérine, parties égales ; une solution saturée d'iodure de potassium, de tanuin et de glycérine ; d'iodure de potassium, glycérine et sulfate de cuivre également à parties égales, etc. La première, notamment, a paru à notre confrère rendre de grands services dans les ulcères de la cornée, l'action de ce collyre s'apaisant tout de suite, tandis que les autres maintiennent plus longtemps leur action irritative. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Sur l'arrêt immédiat de convulsions violentes, par l'irritation de quelques nerfs sensitifs. Le premier numéro des *Archives de Physiologie*, rédigées par MM. Brown-Sequard, Vulpian et Charcot, nouveau journal auquel nous souhaitons la bienvenue, contient l'observation d'un fait très-curieux observé par Brown-Sequard et dont la portée peut être très-grande en thérapeutique. C'est pourquoi nous le reproduisons :

Un jeune Américain, atteint de paraplégie, avait une inflammation d'une petite partie de la moelle épinière à la hauteur de la cinquième ou sixième vertèbre dorsale. Les symptômes ordinaires de cette myélite locale existaient à un degré très-notable. Parmi ces symptômes, il en était un, surtout, qui se montrait avec une violence excessive ; c'était cette extension tétanique spéciale, mélange de spasme tonique et de convulsions cloniques caractérisant l'affection décrite par Brown-Sequard sous le nom d'*épilepsie spinale*.

Chez ce malade, il suffisait de toucher, en un point quelconque, les membres inférieurs, qui étaient complètement paralysés quant aux mouvements volontaires et à la sensibilité, pour produire une attaque subite d'extension tétanique et de convulsions dans ces membres. Il était alors impossible à deux personnes, même en employant simultanément leurs efforts, de fléchir le pied sur la jambe, celle-ci sur la cuisse, ou cette dernière sur le tronc. Mais son domestique avait découvert le moyen de vaincre cette contraction. Il prenait à pleine main l'un des gros orteils du malade et le fléchissait subitement avec force, l'abaissant autant que le permettaient les ligaments de l'articulation. *Immédiatement* la rigidité tétanique et les convulsions locales cessaient dans les deux membres, qui devenaient parfaitement souples et pliables, comme après la mort avant l'apparition de la roideur cadavérique. A chaque fois, cette manœuvre réussissait.

Depuis, Brown-Sequard a vu six autres malades chez lesquels le même arrêt de mouvements convulsifs avait lieu par l'influence de la même cause.

L'auteur en conclut qu'une irritation de nerfs à action centripète peut causer la cessation de l'état d'action des centres nerveux, qui détermine la perte de connaissance dans l'épilepsie et les convulsions dans cette névrose et plusieurs autres. (*Archives de Physiologie.*)

Affection gangréneuse, présentant quelques-uns des caractères du charbon, développée spontanément; fomentations avec une décoction de feuilles de noyer; guérison. Quelle est la valeur réelle des feuilles de noyer en applications topiques dans le traitement des affections charbonneuses ? c'est une question à laquelle aucun fait nouveau, à notre connaissance, n'est venu donner une réponse, depuis ceux que nous avons insérés d'après MM. les docteurs Pomayrol et Raphaël (t. XLV et LIII). Ce silence, du reste, se comprend sans peine, quand il s'agit de maladies qui peuvent devenir si rapidement mortelles : le praticien, alors, doit aller au plus pressé et au plus sûr, et ne pas s'exposer, par une expérimentation insuffisamment justifiée, à subir des mécomptes trop cruels. Nous avons aujourd'hui à citer un cas se rapportant à cette médication, qui a été communiqué à M. Gallard comme un exemple à la fois de son utilité et de la spontanéité de la pustule maligne.

M. le docteur Gipoulon, de Libos, fut appelé, le 14 novembre dernier, pour donner des soins à un jeune homme, meunier de son état, qui avait éprouvé, depuis l'avant-veille au soir,

à l'épaule droite, une sensation de démangeaison et de cuisson dont il ne s'était d'abord nullement préoccupé. Mais, depuis, les choses avaient pris un autre aspect. A l'arrivée de notre confrère, il y avait une forte fièvre; pouls plein et très-fréquent, céphalalgie, face vultueuse, enduit blanc épais de la langue. Sur l'épaule, à la place d'un petit bouton et d'une aréole rouge qui avaient été vus la veille par la mère du malade, plaque noire épaisse de la largeur d'une pièce de cinq francs, entourée d'une aréole d'un blanc noir, renfermant évidemment un liquide séro-purulent; l'épaule, les parties attenantes en avant et en arrière, le bras jusqu'au coude, considérablement tuméfiés, ayant quatre fois au moins le volume du membre sain et donnant la sensation d'une fluctuation générale et profonde; ganglions sous-axillaires énormément engorgés.

Quelle était la maladie? Erysipèle phlegmoneux et gangréneux, ou pustule maligne? Admettant plutôt ce dernier diagnostic, malgré les résultats négatifs de son enquête relativement à la possibilité d'une origine contagieuse et malgré la rareté du développement spontané de cette affection, notre confrère ne crut pas, en présence des acidents généraux déjà développés, devoir recourir aux caustiques, et se borna à prescrire des fomentations avec une forte décoction de feuilles de noyer.

Le lendemain, l'état n'était pas empiré. Il y avait eu beaucoup de délire pendant la nuit; mais l'épaule était moins enflée, la sensation de fluctuation presque disparue, les ganglions moins engorgés; l'eschare, augmentée en largeur, paraissait superficielle dans les nouveaux points envahis; le gonflement, diminué à l'épaule, s'était étendu jusqu'au poignet; phlyctènes discrètes sur le bras jusqu'au coude. Même traitement.

Le 16, nouveaux progrès du dégonflement; nouvelles phlyctènes, mais eschare bornée: persistance du délire; diarrhée infecte. Continuation des fomentations, 45 grammes d'huile de ricin, potion au quinquina et à la menthe.

Dans la nuit du 17 au 18, le délire a pris des proportions effrayantes; quatre hommes ont de la peine à maintenir le malade dans son lit; néanmoins la fréquence du pouls est moindre. Le délire paraît à M. Gipoulon avoir plutôt le caractère du *delirium potatorum*. Lavement avec l'asa-fœtida.

A partir de ce moment, le délire décroît rapidement; il en est de même de la tuméfaction du bras et de l'épaule; le malade peut commencer à être alimenté. Le 23 novembre, le membre avait repris son volume normal; disparition des phlyctènes; desquamation. L'eschare, de dix centimètres de diamètre, épaisse au point primitif, mince à la circonférence, est abandonnée à elle-même et se détache peu à peu; elle est enlevée définitivement le 7 décembre, laissant une large plaie, comprenant toute l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose du deltoïde et recouverte de bourgeons charnus vigoureux. La guérison est depuis plusieurs jours assurée.

Il est clair que cette observation n'est pas suffisamment démonstrative, en ce qui concerne la curation du charbon et de la pustule maligne vraie par les applications de noyer. Ne s'agirait-il pas ici d'un exemple de cette variété signalée, par M. Van Swygenhoven, de pustule maligne sans malignité réelle et sans contagion, qui est susceptible de guérir par des moyens simples? Quoi qu'il en soit, nous avons cru devoir mentionner le cas, qui est loin d'être sans intérêt à divers points de vue. (*Union méd.*, 1868, nº 5.)

Emploi du nitrite d'amyle dans l'angine de poitrine. Contre une maladie aussi douloureuse, même quand le pronostic en serait moins grave qu'il ne l'est en effet, le médecin serait heureux d'être en possession d'un remède capable de procurer du soulagement. Il faut donc savoir gré à M. Launder Brunton de la tentative qu'il a faite pour nous en mettre un entre les mains, sauf à en vérifier la valeur au moyen de l'expérience clinique. Il s'agit du nitrite d'amyle, découvert par M. Balard.

Voici comment M. Brunton a été conduit à essayer cette substance dans l'angine de poitrine. Chez un malade qui en était atteint, il avait observé que de petites émissions sanguines de trois ou quatre onces, pratiquées soit avec la lancette, soit au moyen des ventouses, amenaient chaque fois un soulagement très-sensible et d'une certaine durée. S'expliquant ce soulagement par la diminution de la tension artérielle, et sachant que M. Gamgee attribue un

effet semblable à l'action du nitrite d'amyle, d'après des expériences, non encore publiées, qu'il a faites en se servant du sphygmographe et de l'hémodynamomètre, M. Brunton voulut voir si ce composé carboné n'aurait pas la même influence que les saignées. Avec l'approbation de M. Hughes Bennett, il en fit donc inhaler à son malade cinq à six gouttes versées sur un mouchoir, pendant la durée de l'accès. Immédiatement la douleur se calma et ne reparut que la nuit suivante. D'autres fois elle reparut beaucoup plus tôt; mais chaque fois une nouvelle inhalation de quelques gouttes en faisait de nouveau justice pour un temps plus ou moins long.

Ces essais, répétés dans d'autres cas par M. Brunton lui-même, ou par d'autres médecins de ses amis, n'ont jamais manqué de soulager immédiatement les malades, toutes les fois que l'affection était idiopathique. Il n'en a pas été de même chez les sujets atteints d'anévrysme.

D'après de nombreuses observations sphygmographiques, prises en dehors de l'attaque, au moment où elle commence, à son plus haut degré d'intensité, au moment où elle se calme sous l'influence de l'amyle, et quand elle a cessé, les idées théoriques de notre auteur, qui ont été mentionnées ci-dessus, paraîtraient justifiées. Pendant l'attaque, la respiration est fréquente, le pouls petit et rapide, la tension artérielle élevée. A mesure que l'inhalation du nitrite a lieu, le pouls devient plus lent et plus plein, la tension diminue, et la respiration est moins précipitée. Un des effets physiologiques du nitrite d'amyle consiste dans la coloration rouge de la face; dans les cas d'angine de poitrine, la production de cet effet coïncide avec la disparition ou la diminution de la douleur.

D'après M. Brunton, le meilleur mode de faire inhaler le nitrite consiste à en verser quelques gouttes dans un cornet de papier joseph; de cette façon, il n'est pas nécessaire d'en employer une aussi grande quantité. Ajoutons qu'il lui a paru avantageux de recourir d'abord à de légère saignées chez les malades à tempérament pléthorique : on facilite ainsi l'effet du médicament. (*Lancet*, 27 juillet 1867.)

Empoisonnement par les fleurs du cytise. Chargée de confectionner des beignets aux fleurs d'acacia (*Robinia pseudo-acacia*), la cuisinière d'un établissement de Lausanne, sans s'arrêter à la couleur jaune des fleurs d'un *Cytisus laburnum* qui croissait dans le jardin, les confondit avec celles qu'on lui avait prescrites et les employa en leur lieu et place. Des quatorze personnes, de l'un et l'autre sexe, qui eurent chacune sa part égale de la friture en question, la plus âgée seule ne fut pas malade, tout s'étant borné chez elle à une nuit un peu agitée. Les treize autres convives, âgés de neuf à soixante-quatre ans, furent tous indisposés, une, deux, trois ou même (le dernier) huit fois dans vingt-quatre heures. Les premiers symptômes se montrèrent au bout d'un quart d'heure à deux heures et demie chez douze, et seulement au bout de six heures chez un rhumatisant. Dans trois cas, l'ingestion de la fleur de cytise détermina une légère excitation, qui détermina de la gaieté après le repas. Tous éprouvèrent un malaise général, des vertiges, du dégoût pour la nourriture, des nausées : trois seulement n'eurent pas de vomissements, et deux seulement eurent de la diarrhée; la plupart ont eu des sueurs froides, une grande faiblesse dans les jambes. Tous, sauf un qui avait vomi abondamment, ont eu un sommeil très-agité, ou même de l'insomnie. Dans trois cas il y eut des hallucinations, accompagnées même de délire chez une de ces malades. Il paraît qu'il n'y eut aucun traitement employé.

Ce cas est surtout intéressant par ce fait, que l'empoisonnement fut déterminé par la fleur du cytise; car les propriétés émèto-cathartiques de son fruit sont bien connues. (*Bulletin de la Société vaudoise de médecine.*)

Extraction d'un corps étranger logé depuis treize ans et demi dans la cavité naso-pharyngienne chez un enfant. Les observations de corps étrangers présentent toujours un réel intérêt pratique ; car elles éveillent l'attention du médecin et peuvent le mettre sur la voie pour se rendre compte de symptômes dont la nature et la cause lui échappent. Cette réflexion est surtout applicable aux cas qui se rencontrent chez les enfants, soit que, trop jeunes, ceux-ci soient incapables d'expliquer ce qui leur est arrivé, soit que, de-

venus plus âgés, ils l'aient, ainsi que leurs parents, mis en un total oubli, une fois les premiers phénomènes morbides calmés, comme il advient quelquefois. C'est à peu près ce qui a eu lieu dans le fait suivant.

Une jeune fille de seize ans, délicate, très-intelligente, fut présentée, en 1866, à M. W. Hickman, chirurgien du Western general Dispensary; on la croyait affectée d'un polype nasal. Elle ne pouvait souffler par la narine gauche; la muqueuse des deux côtés était rouge et épaissie; mais il était impossible d'apercevoir rien qui ressemblât à un polype. Le voile du palais était fortement gonflé, surtout à droite, et un petit pertuis fistuleux se distinguait juste au-dessus de la naissance de la luette. L'exploration rhinoscopique fit reconnaître, dans la cavité naso-pharyngienne, au-dessus du voile, un objet noirâtre, large, à bords nettement arrêtés, qui se trouvait comme enfoncé dans les parties molles tuméfiées tout alentour; l'examen à l'aide d'un stylet rapportait la sensation d'un corps dur, et le doigt confirmait cette donnée. M. Hickman essaya vainement de pousser ce corps jusque dans la bouche au moyen d'un instrument passé par les narines: mais il réussit à l'amener au dehors avec une tige métallique qu'il recourba en forme de crochet et qu'il introduisit derrière le voile du palais, non sans peine toutefois, ni sans souffrance pour la malade. C'était un de ces anneaux en acier, dits *coulants de bourse*, dont on se servait autrefois; il mesurait près de deux centimètres de diamètre plus d'un centimètre de hauteur.

La mère, alors, se rappela que treize ans et demi auparavant, l'enfant ayant alors environ deux ans, celle-ci avait été prise tout à coup d'un accès de suffocation dans lequel elle portait la main à la gorge. La mère, y ayant introduit le doigt, avait parfaitement senti un anneau, mais qui s'était déplacé immédiatement et n'avait pu être perçu de nouveau. On supposa qu'il avait été avalé, et cependant on ne l'avait pas retrouvé dans les selles. Il était survenu un écoulement d'abord sanguinolent, puis muco-purulent, qui avait toujours continué; les narines étaient devenues imperméables à l'air, ce qui obligeait l'enfant à avoir la bouche continuellement entr'ouverte; le sens de l'odorat s'était perdu, ainsi que l'ouïe; l'enfant était toujours restée malingre et s'était mal développée. Les premiers médecins consultés avaient cru à la déglutition de l'anneau, sans songer, paraît-il, à s'expliquer par sa présence la persistance des accidents; les derniers, avaient institué des traitements divers suivant qu'ils admettaient ou une hypertrophie des amygdales, ou un ulcère de la gorge, ou une fissure du voile ou un pulype des fosses nasales, etc.

Après l'extraction du corps étranger, la jeune fille s'est rétablie rapidement, sous le rapport tant de la santé générale que des lésions locales; toutefois il est resté une certaine perte de substance de la partie postérieure du vomer et des cornets, une déformation du voile du palais, un orifice fistuleux au-dessus de la luette et l'hypertrophie des amygdales. L'ouïe et l'odorat ont été récupérés. (*British med. Journ*, sept. 1867.)

Traitement du bubon par les injections au sulfate de cuivre. Le bubon étant complétement mûr, M. Danieli y fait, au point culminant, une incision d'un demi-centimètre. Après avoir vidé le foyer, il y injecte une solution de 1 gramme de sulfate de cuivre sur 100 d'eau, qu'il met en contact par des pressions méthodiques, avec tout l'intérieur de la tumeur, sur laquelle on exerce ensuite la compression. L'injection est réitérée au bout de vingt-quatre heures. La suppuration devient rare, séreuse, citrine. Entre le huitième et le dixième jour, elle cesse entièrement, et la guérison a lieu.

M. Danieli, qui a guéri dix bubons aigus en neuf ou dix jours par cette méthode, la déclare préférable à toutes les autres. (*Giornale di medicina militare*, novembre.)

Injections d'amidon contre la blennorrhagie. Non-seulement contre les écoulements mûrs, mais dans l'état récent, aigu, douloureux, le docteur Manayra, de Vérone, affirme avoir presque toujours réussi à l'aide de ces seules injections. Il en fait pratiquer quatre à huit par jour; et la guérison a lieu dans un espace de temps qui varie de huit à vingt jours.

La formule qu'il emploie est la suivante :

Eau distillée. . . 200 grammes.
Poudre d'amidon. 40 —

(*Gazzetta med. italiana, provincia Venete*, 15 dicemb.)

Le bichlorure de méthylène comme anesthésique. M. Peter Marshall donne à la Société médicale de Londres, dans sa séance du 18 novembre 1867, des détails sur cinq cas dans lesquels il a employé le bichlorure de méthylène pour produire l'anesthésie : une ovariotomie, une résection de la moitié du maxillaire inférieur, une amputation du pied, une fistule, et une affection chronique du genou. M. Peter Marshall paye un juste tribut d'éloge à l'esprit inventif de M. Richardson et regarde le bichlorure de méthylène comme une heureuse addition à la classe des anesthésiques. Son administration est facile ; son action est beaucoup plus rapide que celle du chloroforme ; le second degré de narcotisme est mal défini, mais le malade passe rapidement du premier au troisième. Dans deux des cas cités plus haut, l'emploi de cet agent a été suivi de légères nausées ; dans les trois autres, rien de semblable. Le temps nécessaire pour produire l'anesthésie complète a été de trois minutes et demie à sept minutes, et la quantité de bichlorure de méthylène employé a été de six à sept drachmes (10gr,65 à 12gr,40). Dans trois cas, le pouls a varié de 65 à 80 ; dans les autres, de 114 à 120. Enfin, dans l'un d'eux, il y a eu du strabisme pendant l'action de l'anesthésique.

Le 2 novembre, M. Sampson Gamgee employait le bichlorure de méthylène pour deux opérations à Queen's hospital :

1° Homme de 40 ans ; fistule à l'anus. Immédiatement avant, pouls petit, à 96. On administre deux drachmes (5gr,50) de bichlorure de méthylène sur une compresse ; au bout de trois minutes, pouls plein à 112. Une nouvelle drachme (1gr,77) ; deux minutes après, légère rigidité musculaire, pouls à 120, moins fort. Au bout de deux minutes, encore une drachme ; puis insensibilité apparente, on essaye d'introduire un stylet dans la fistule, réveil, spasme musculaire violent ; une autre drachme. Une minute après, spasme plus violent encore ; nouvelle drachme. Au bout de la minute suivante, c'est-à-dire dix minutes après le moment où l'on avait commencé l'inhalation de l'anesthésique, on incise la fistule, l'insensibilité est complète. Réveil normal.

2° Enfant très-faible, de dix semaines ; bec de lièvre double. Pouls à 96. A onze heures trente-deux, une drachme de bichlorure sur un plumasseau de charpie tenu au moyen d'une pince devant la face découverte de l'enfant. A onze heures trente-quatre, seconde drachme ; à onze heures trente-cinq, insensibilité apparente ; mais l'enfant s'éveille au contact de la pointe du bistouri ; troisième drachme. Immédiatement après, insensibilité complète. Opération assez longue, pendant laquelle l'enfant n'a rien absolument senti. (*The Lancet*, 2 décembre 1867, et *Gaz. méd. de Lyon*.)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 15 janvier 1868 et sur la proposition du ministre de la guerre, l'Empereur a promu dans le corps des officiers de santé :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Minvielle (Auguste-Eugène-François), médecin principal de 2e classe à l'hôpital d'Amélie-les-Bains. — Pasquier (Alphonse), médecin principal de 2e classe à la garde de Paris. — Maignien (Christophe-Victor), médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine. — Gueury (Louis-Joseph), médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine. — Didiot (Pierre-Augustin), médecin principal de 2e classe, secrétaire du conseil de santé des armées. — Fleschut (François-Rodolphe), médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Chambéry.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Renard (Alexandre-Joseph), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Colmar. — Netter (Abraham-Jacob), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Briançon. — Perrin (Mau-

rice-Constantin), médecin-major de 1re classe à l'hôpital des Invalides. — Cordier (Alexandre-Florimond-Achille), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Saint-Omer. — Boulian (Marie-Antoine-Auguste), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Versailles. — Beylot (Jean-Joseph), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Lyon. — Ferraton (Claude-Germain), médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger.

Par décret en date du 11 janvier 1868, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, M. Roubin (Louis-Pierre), médecin professeur, a été promu au grade de médecin en chef dans le corps de santé de la marine.

Voici la composition du bureau de la Société de biologie pour l'année 1868 : Président perpétuel, M. Claude Bernard; — Vice-présidents, MM. Ball et Dumontpallier ; — Secrétaires, MM. Hayem, Bergeron, Leuven et Bouchard; — Trésorier, M. Gallois; — Archiviste, M. Ordoñez.

Société d'anthropologie ; membres du bureau pour 1868. — Président, M. A. Bertrand ; — Vices-présidents, MM. Lartet et Gaussiu ; — Secrétaire général, M. Broca ; — Secrétaire général adjoint, M. Dailly ; Secrétaires annuels, MM. Letourneau et de Ranse ; — Conservateur des collections, M. Prat ; — Archiviste, M. Lemercier ; — Trésorier, M. Bertillon ; — Commission de publication, MM. Alix, Lagneau et Simonot.

Société d'hydrologie médicale ; renouvellement du bureau pour 1868. — Président, M. Durand-Fardel ; — Vice-présidents, MM. Lefort et Moutard-Martin ; — Secrétaire général, M. Le Bret; — Secrétaires des séances, MM. Verjon et Foubert; — Trésorier, M. Desnos ; — Conseil de famille, MM. Mialhe, De Puisaye, Roturcau, Lhéritier, Billout ; — Comité de rédaction, MM. Hérard, Hédouin.

Dans sa séance du 17 janvier, la Société de Thérapeutique a nommé comme membres correspondants :

MM. les docteurs : Andant, à Dax ; — Lemonnier, aux Eaux-Chaudes ; — Ch. Saint-Laurent, à Acy-en-Multien (Oise) ; — V. Seux, à Marseille ; — Vast, à Vitry-le-Français ; — Mallet, à Rio de Janeiro.

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un des membres les plus éminents du corps médical, M. le docteur Serres (Augustin), décédé dans sa quatre-vingt-deuxième année. M. Serres, qui avait débuté d'une manière brillante dans la carrière médicale en publiant, en 1813, avec Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, un *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, resté un modèle de monographie, s'est surtout illustré depuis, comme on le sait, par ses nombreux travaux anatomiques qui l'ont placé au premier rang des anatomistes de notre temps.

M. Serres était professeur agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut (Académie des sciences), membre de l'Académie impériale de médecine, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, commandeur de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'alcool et de son emploi thérapeutique (¹);

Par le docteur Gubler, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

L'alcool, à l'extérieur, est employé comme *réfrigérant*, ajouté à l'eau froide, pour lotions et ablutions, instantanées ou prolongées, selon qu'on se propose d'exciter une réaction locale ou d'amener l'abaissement progressif de la température et le resserrement soutenu des capillaires sanguins, comme dans les brûlures au premier degré (Valœus), les contusions, l'érysipèle (Lanzoni, Harris, James). On s'en sert à hautes doses, comme *stimulant* ou *irritant*, pour faciliter la résolution des épanchements et des engorgements froids : ainsi, dans les entorses, les ecchymoses, les foyers sanguins traumatiques, les hypertrophies mammaires (Brodie, etc.); les tumeurs synoviales du poignet, etc. (Houzelot, Nélaton); à doses faibles, comme *astringent*, pour bassiner les surfaces excoriées, phlogosées, saignantes ou suppurantes, et, dans les mêmes cas, à titre de *tonique*.

Il réussit contre les ophthalmies catarrhales, contre les angines et les stomatites subinflammatoires, pultacées, couenneuses ou gangréneuses, ainsi que contre les ulcères de mauvaise nature, grisâtres et mollasses, saignants et fongueux, atteints de diphthérie ou de pourriture d'hôpital.

De tout temps, depuis sa découverte, l'alcool a servi pour le pansement des plaies même récentes (Arn. de Villeneuve, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, Lapeyronie, Larrey, etc.). Mais Batailhé et Guillet ont remis en honneur cette méthode qui favorise la réunion par première intention, diminue la suppuration et modère les bourgeons charnus, prévient la fétidité et garantit contre les infections putride et purulente (Nélaton, Chédveergne, Gaulejac, etc.).

L'alcool plus ou moins dilué sert en *injections* pour la cure radicale de l'hydrocèle (Laugier, Dupierris, Ad. Richard). Jobert (de Lamballe) a introduit avec succès de l'eau alcoolisée dans le péritoine pour guérir une ascite. Enfin, on emploie quelquefois l'alcool concentré soit pour cautériser un nerf dentaire douloureux, ou pour arrêter une hémorrhagie de l'alvéole et dans quelques cas analo-

(¹) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 94.

gues, soit pour détruire les parasites végétaux ou animaux dans les affections cutanées.

L'alcool échauffé et réduit en vapeur sert à stimuler la périphérie cutanée et à provoquer la fluxion sanguine et la sudation dans le but de guérir les névralgies et les rhumatismes ou les engorgements chroniques froids, de dissiper l'anasarque des extrémités.

A l'intérieur, l'alcool remplit aussi de nombreuses indications.

Comme *stimulant diffusible* et *sudorifique*, l'alcool est utile dans les états d'atonie, de langueur et d'épuisement. Par la fièvre qu'il excite, il s'oppose à l'absorption des miasmes, des liquides septiques ou venimeux, principalement à la résorption purulente ou putride, en même temps qu'il favorise l'issue des principes morbigènes par la transpiration, l'exhalation pulmonaire et même par les urines. Il est fréquemment usité dans les affections *à frigore*, dans la période de dépression ou de concentration. Il rend les mêmes services à l'approche des accès de fièvre intermittente ou même pendant le stade de froid, et devient ainsi un auxiliaire des antipériodiques proprement dits, qu'il pourrait même suppléer dans quelques cas. Pour réussir, il faut employer des doses enivrantes (Lanzoni, Albrecht, J. Guyot, Leriche, Hérard, etc.). L'ivresse alcoolique semble avoir été favorable dans un certain nombre de cas de tétanos (Hippocrate, Baldwin, Hutchinson, Collis, Wilmott, etc.) et de morsures de serpents venimeux (Paterson, de la Gironnière, War, etc.). On a conseillé l'alcool dans l'empoisonnement arsenical (Rognetta, Larue), mais il rendrait des services dans tous les empoisonnements caractérisés par le collapsus et l'algidité, ainsi que dans toutes les affections spécifiques ou autres qui donnent lieu aux mêmes symptômes : de ce nombre sont la péritonite par étranglement herniaire ou par perforation intestinale, la péritonite puerpérale, la dysenterie grave, le choléra nostras ou de cause banale, le choléra indien ou de nature épidémique. Dans cette dernière maladie, où ils sont d'un usage vulgaire depuis les recommandations de Magendie, les spiritueux associés à l'opium font merveille au début, quand la réfrigération et la teinte cyanique ne sont pas encore très-prononcées ; ils sont moins efficaces plus tard, et deviennent impuissants lorsque l'algidité est extrême, ou nuisibles dès que la réaction se prononce (Gubler).

Comme *hynoptique* l'alcool, est appelé à rendre des services chez les anémiques et chez les sujets pâles et froids dont les vaisseaux capillaires sont fortement et continuellement rétractés. En stimulant l'estomac à titre d'irritant et de substance alimentaire, il con-

tribue parfois plus efficacement que l'opium à déterminer la congestion des centres nerveux, qui est la condition anatomique du sommeil.

Bien qu'il soit réellement *anesthésique*, l'alcool ne constitue pas un moyen pratique de produire l'insensibilité, car il faudrait en pousser l'action jusqu'à la stupeur et au coma, ce qui serait long à produire et d'un effet incertain. Néanmoins, on a proposé l'ivresse pour faciliter la réduction des luxations.

En qualité d'*hémostatique interne*, l'alcool a trouvé son utilité dans plusieurs circonstances où les astringents, le froid et les différents procédés connus d'arrêter les hémorrhagies avaient échoué et laissaient la vie en péril. On l'a spécialement administré contre les métrorrhagies puerpérales (Ingleby, Campbell, Maximin Legrand, Deboul, Pajot), ou provoquées par des corps fibreux (Béhier). Je l'ai employé avec succès dans l'hémoptysie, et Faure a obtenu la guérison d'un *purpura hemorrhagica* en plongeant le malade dans un état d'ivresse permanente. Cette application complétement empirique et en apparence paradoxale, puisque la dilatation des vaisseaux et l'accroissement d'énergie cardiaque sont des circonstances reconnues favorables aux ruptures des capillaires et aux écoulements sanguins, cette application, dis-je, peut néanmoins se justifier aux yeux de la science par les considérations suivantes. Dans certain cas, l'issue du sang hors de ses canaux est facilitée non-seulement par ses qualités aplastiques, mais aussi par son défaut d'adhésion aux parois vasculaires. Or ces conditions, en rapport avec un état de pâleur et de réfrigération des tissus, peuvent changer d'un instant à l'autre sous l'influence d'agents capables de produire soit un mouvement fébrile, soit une légère fluxion irritative locale. Parmi ceux qui sont sujets à des épistaxis nasales, quelques-uns ont pu observer que le *stillicidium* est annoncé par une sensation de fraîcheur et de retrait de la muqueuse, tandis que le retour de la chaleur dans l'intérieur des narines et du gonflement normal de la membrane vasculaire qui les tapisse coïncide avec la fin de l'hémorrhagie. Il en est de même pour l'utérus, dont la surface interne laisse parfois exhaler du sang quand elle est le siége d'une simple hypérémie passive, mais non plus lorsque survient une légère phlogose. Dès lors, on comprend que la tendance hémorrhagique pourra être contrariée par l'emploi de moyens pouvant exciter la fièvre ou déterminer une irritation locale d'où résulte un accroissement de la plasticité sanguine et une adhésion plus grande des globules aux parois des vaisseaux, peut-être même une

moindre friabilité de ces parois. Joignez à cela l'excitation des fibres musculaires de la vie organique résultant de la présence de l'alcool dans le sang et de celle d'une plus forte proportion de gaz carbonique qui s'y trouve retenue, et vous aurez, à mon avis, l'explication des propriétés exceptionnellement hémostatiques des alcooliques, de l'opium et des stimulants diffusibles, dont l'indication n'existe en conséquence que dans la diathèse hémorrhagique et les hémorrhagies primitivement ou secondairement passives, accompagnées d'anémie locale et générale, avec diminution de la caloricité et des autres phénomènes d'éréthisme vasculaire, mais dont l'opportunité se manifeste surtout quand de telles hémorrhagies ont pour siége des organes richement doués de fibres contractiles de la vie organique.

Les alcooliques ont reçu dans ces derniers temps des applications bien autrement importantes, et jusqu'ici contestées, dans la grande classe des maladies inflammatoires et fébriles. R. Bentley Todd, suivi par Anstie, Brinton et nombres d'autres praticiens distingués, en a fait la base du traitement ordinaire de ces affections, par ces motifs : que la maladie guérissant par une évolution naturelle et nullement par l'influence directe d'un agent thérapeutique quelconque, le rôle du médecin doit se borner à soutenir les forces assez longtemps pour que l'organisme se débarrasse et de la matière morbifique et des lésions qu'elle a pu engendrer. Il semble, d'après cela, que le célèbre promoteur de la doctrine nouvelle réduise à une question d'hygiène le traitement de la plupart des maladies aiguës et supprime d'un seul coup la médication proprement dite. Il n'en est rien cependant. L'alcool n'est pas seulement aux yeux de Todd un aliment préférable à la viande crue de Benett, parce qu'il pénètre plus aisément dans l'économie et que, tout en fournissant un combustible à l'hématose, il exerce sur le système nerveux une action stimulante favorable au maintien des forces vitales ; c'est aussi un véritable médicament capable de calmer le système nerveux, d'abaisser le pouls et la température, de procurer un sommeil paisible et de conjurer le délire ou de le dissiper s'il existe.

En Angleterre même, les idées de Todd ont rencontré de nombreux opposants (Marcet, Edward Smith, Tweedie, Gairdner, Murchison). Parmi nous, ceux qui les ont adoptées en grande partie (Béhier, Legras, Gingeot, etc.) ne vont cependant pas jusqu'à vouloir que l'alcool devienne l'unique moyen de traitement des phlegmasies et des pyrexies ; mais il est facile de voir que plusieurs inclinent à lui accorder trop d'importance, bien que les faits cités à l'appui soient loin d'avoir tous une valeur probatoire.

Assurément l'alcool peut donner tous les résultats signalés par Bentley Todd, mais non pas indifféremment, il s'en faut bien, dans tous les cas de phlegmasies ou de fièvres contre lesquelles on le croit un remède souverain : l'administrer aveuglément dans toutes les maladies aiguës, c'est s'exposer à une foule de mécomptes.

L'alcool, en effet, ne peut que nuire dans la fièvre inflammatoire franche et intense, caractérisée non-seulement par l'accélération du pouls et l'exaltation de la température, mais encore par l'excès de la combustion respiratoire, la dénutrition rapide et l'extrême abondance de l'urée et des produits de la dénutrition dans la sécrétion rénale. Dans cette espèce de fièvre, le malade recherche le froid, repousse le vin et les aliments ; il n'a d'appétence que pour les boissons aqueuses, acidules, rafraîchissantes, et parfois il n'accepte que de l'eau pure. On doit obéir à son instinct. Mais il existe une autre espèce de fièvre que j'ai le premier décrite, dans laquelle on brûle peu, malgré l'élévation de la température, parce que la majeure partie de la force mise en jeu par la combinaison de l'oxygène avec le sang évolue sous forme de chaleur sans se fixer dans la substance musculaire ou nerveuse. L'urine contient peu d'urée, dernier terme de la combustion des substances albuminoïdes, mais elle renferme une proportion hypernormale d'acide urique et de matière grasse et, de plus, beaucoup d'albuminose, de l'albumine proprement dite et de la matière colorante bleue : substances à peine oxydées ou tout à fait incomburées. Dans cette forme, qui se résume en ces deux mots : perversion fonctionnelle, et qui tend à l'adynamie, les alcooliques peuvent rendre des services considérables, soit en apportant un aliment respiratoire et ralentissant la dénutrition, soit en rendant agissantes des forces radicales à l'état latent, soit en cédant à chaque instant au système nerveux la force qui lui manque.

Ainsi, les alcooliques sont inutiles ou dangereux dans la vigueur du rhumatisme articulaire aigu, surtout lorsqu'il est compliqué de phlegmasies viscérales, dans l'angine tonsillaire phlegmoneuse et très-fébrile, dans la fièvre péripneumonique intense, dans la période d'éruption de la scarlatine et de la variole franches, et dans quelques cas analogues. Ils conviennent, au contraire, de même que l'opium, dans le rhumatisme subaigu se passant presque à froid; dans les angines malignes, principalement quand elles sont peu fébriles; dans le décours de certaines pneumonies qui traînent en longueur ou dans les pneumonies à forme typhoïde, dans la dothiénentérie rappelant la fièvre lente nerveuse d'Huxham, ou bien ac-

compagnée d'une profonde adynamie; dans certaines scarlatines anomales; dans certaines varioles hémorrhagiques ou dont l'éruption avorte par défaut de stimulation, et ainsi de suite. Monneret, Béhier et Stokes prescrivent le vin à doses assez généreuses dans l'adynamie typhoïde. Cette pratique, qui est aussi la mienne, tend à se répandre de plus en plus.

De même, les spiritueux sont redoutables dans la méningite, la périencéphalite diffuse et généralement dans les phlegmasies des centres nerveux, ainsi que dans le délire qui en est une manifestation; mais, en revanche, ils font merveille contre les anémies et les asthénies cérébrales et contre le délire, reconnaissant des conditions semblables dans le cours des maladies aiguës. Le délire nerveux des fièvres graves et celui qui succède aux grandes opérations sont également justiciables de l'alcool. Seulement, comme les pyrexies telles que l'érysipèle, la fièvre typhoïde, etc., se compliquent des deux sortes de délire, il est nécessaire, avant d'agir, de chercher à quelle espèce morbide on a affaire. Si le visage est enluminé, la tête brûlante, si les pupilles sont étroites et les yeux injectés, il est probable que c'est un délire symptomatique d'une hypérémie ou d'une phlogose cérébrale et auquel convient le traitement antiphlogistique. C'est au contraire un délire dit *nerveux*, si les yeux et le visage sont pâles et frais, si les pupilles sont moyennes ou un peu grandes; dans ce cas, les alcooliques sont indiqués. Dans le doute on devra encore y recourir de préférence, en procédant avec réserve et par tâtonnement, à l'aide de petites doses répétées.

Les boissons spiritueuses sont éminemment utiles au début des maladies *à frigore*, lorsqu'il n'existe encore que de la courbature, du malaise, de l'impressionnabilité pour le froid et des frissonnements légers alternant avec des chaleurs fugaces. Dans cette période de concentration, semblable au premier stade d'un accès de fièvre intermittente, l'alcool incorporé dans un breuvage chaud excite la circulation et la calorification et provoque une diaphorèse salutaire. On peut quelquefois faire avorter de la sorte une phlegmasie thoracique grave; en tout cas, le moyen qui est d'un usage populaire est généralement utile, parce qu'il favorise le mouvement d'expansion indispensable à l'évolution régulière des phénomènes morbides et qu'il accélère ainsi la terminaison du mal.

Depuis longtemps, les médecins de la Grande-Bretagne soumettent les phthisiques à l'usage de doses considérables d'eau-de-vie; les avantages qu'ils en ont retirés dans les cas de phthisie torpide ne justifient pas l'emploi abusif qui se fait de ce stimulant dans

toutes les formes quelconques de cette cruelle affection. Le professeur Fuster (de Montpellier) préconise contre la tuberculose pulmonaire la combinaison du régime de la viande crue avec le traitement alcoolique.

L'eau-de-vie arrête assez souvent les vomissements des tuberculeux (Tripier) et parfois ceux des femmes enceintes (Lanzoni, etc.). Elle calme certaines entéralgies ou coliques nerveuses et certaines gastralgies de forme spasmodique ou crampoïde (Gubler).

Enfin, Hyde Salter déclare que le gin et le whisky à hautes doses et pris dans un peu d'eau très-chaude, suspendent absolument les accès d'asthme. Il est probable que ce moyen, de même que l'iodure de potassium, réussit spécialement contre les névroses respiratoires asthéniques.

Modes d'administration et doses. — L'alcool s'emploie à l'extérieur sous forme de *lotions*, de *fomentations*, d'*injections* et d'applications topiques dans des pièces de pansement. On se sert d'alcool à 40 degrés Cartier (95 degrés centésimaux), tantôt à 33 degrés Cartier (85 degrés centésimaux) et sous des états de plus grande dilution. Un pinceau chargé d'alcool à 40 degrés peut servir à toucher des plaies empoisonnées ou ichoreuses, putrilagineuses, affectées de gangrène, de pourriture d'hôpital, de diphthérie infectieuse. Moins concentré, l'alcool sert à stimuler les plaies atones, ou qu'on veut pousser à une cicatrisation rapide; il suffit également à échauffer la peau au niveau des régions qui sont le siége d'un engorgement ou d'un épanchement séreux. Des fomentations alcooliques sur le scrotum ont pu guérir l'hydrocèle (Pleindoux).

Cette même affection est plus souvent traitée par la méthode des injections. Ad. Richard introduit dans la tunique vaginale seulement 5 grammes d'alcool froid à 36 degrés Baumé. On a injecté aussi de l'alcool fort dans les narines et dans l'utérus pour arrêter les hémorrhagies. Dans le péritoine, Jobert (de Lamballe) n'a porté que de l'eau alcoolisée.

Une mixture d'alcool à 33 degrés, 200 grammes, avec 100 grammes d'eau, peut être employée en *collutoire* contre les stomatites ulcéro-membraneuses et scorbutiques, en *gargarisme* contre les angines malignes accompagnées de diphthérie, de sphacèle ou de putrilage. On prépare encore des *lavements* de vin, d'alcool dilué, ou mixtes : deux parties de vin et une partie d'eau-de-vie (Debout), contre les métrorrhagies.

Les ***fumigations alcooliques*** se font avec de la vapeur se déga-

geant par la chaleur d'une masse d'alcool en ébullition et amenée par un tube dans une boîte où le sujet se trouve enfermé jusqu'au cou, ou bien sous les couvertures du lit dans lequel il couche. Quelquefois on se contente de faire arriver au contact du corps les produits gazeux de la combustion d'une lampe à alcool.

A l'intérieur, on ne pourrait donner l'alcool pur qu'en très-petite quantité à la fois, dans un cas d'urgence, pour dissiper une syncope ou conjurer une attaque d'apoplexie. C'est habituellement l'alcool affaibli, de 16 à 22 degrés Cartier, ou eau-de-vie, dont on fait usage. On en fait prendre comme stimulant diffusible et inébriant de 50 à 200 grammes par jour, à doses fractionnées.

Todd administre toutes les heures, toutes les deux heures ou à des intervalles plus longs, une cuillerée à thé ou une cuillerée à soupe d'eau-de-vie étendue d'eau. Béhier assigne au liquide médicamenteux une composition plus précise, savoir : 80 à 120 grammes ou même 150, 200 et 300 grammes d'eau-de-vie ordinaire à 20 degrés Baumé ou 56 degrés Gay-Lussac, additionnée de 80 à 100 grammes d'eau édulcorée.

La formule suivante me paraît donner une potion suffisamment énergique, d'un goût agréable ou du moins tolérable pour la plupart des malades ; elle a de plus l'avantage d'être facile à retenir.

Potion alcoolique ou *illico* (Gubler).

Alcool rectifié à 85 degrés Gay-Lussac (53 degrés Cartier)............................	50 grammes.
Eau de fontaine............................	50 —
Sirop simple ou sirop d'écorce d'orange.......	50 —

A prendre par cuillerées à une, deux ou trois heures de distance.

La dose quotidienne d'alcool doit quelquefois être doublée ; en ce cas, il convient de doubler aussi la quantité d'eau qui sert à l'affaiblir.

La méthode des *inhalations* serait applicable à l'alcool aussi bien qu'aux autres substances volatiles. On se grise en respirant des vapeurs spiritueuses. Ce serait même le meilleur moyen d'obtenir des phénomènes toxiques, pourvu que l'air atmosphérique fît presque entièrement défaut. En conséquence, si l'on avait intérêt à produire l'ivresse et l'insensibilité alcooliques, on pourrait soumettre les sujets aux émanations d'alcool absolu à l'aide d'un appareil approprié.

En pharmacie, l'alcool sert de véhicule à un grand nombre de principes actifs dans les préparations connues sous le nom d'*esprits*,

d'*alcoolés*, d'*alcoolatures* et de *teintures alcooliques*, de même que dans les *vins médicinaux*. Sous ces formes, il se prend d'ordinaire en trop petite quantité pour acquérir une importance physiologique ou thérapeutique. C'est ainsi que, dans la teinture alcoolique de digitale, l'action stimulante du dissolvant est insignifiante en comparaison des effets toniques et sédatifs du principe immédiat.

De l'emploi du sphygmographe dans l'étude des agents thérapeutiques ;

Par A. Bordier, aocieo ioterne des hôpitaux, membre de la Société aoatomique et de la Société médicalo d'observation.

Issu des tendances scientifiques modernes, le sphymographe apporte à la médecine le secours des sciences mathématiques, et donne à l'observation clinique, à laquelle il doit servir de complément, la rigueur et la précision conformes aux principes de la méthode positive.

Quoique déjà fécond en résultats, cet instrument en promet encore un grand nombre; mais c'est à la condition qu'au lieu d'en faire l'apanage des spéculations de la science pure, les médecins qui se sont voués d'une façon moins exclusive à la science se familiariseront avec son emploi.

La thérapeutique doit demander au sphygmographe les lumières qui ont éclairé la physiologie par les mains de M. Marey. C'est dans ce but que j'ai réuni les renseignements que m'a fournis le sphygmographe dans l'étude de plusieurs agents thérapeutiques.

Cet instrument indique surtout quelles sont les modifications de la tension artérielle, modifications qui sont dues à l'état du cœur ou à celui des vaisseaux. On sait, en effet, que l'élévation du tracé sphygmographique est en raison inverse de la tension du sang dans les vaisseaux. Mais l'emploi de l'instrument, dans cette recherche, présente un danger que j'ai hâte de signaler et qu'il est facile d'éviter. M. Marey a adapté au ressort de son sphygmographe une vis de réglage, qui permet d'exercer sur l'artère une pression plus ou moins forte, dans le but d'obtenir une amplitude maxima capable de mieux laisser apprécier les détails du tracé.

Si la tension chez le malade est forte, on augmente la pression ; si la tension est peu élevée, on diminue la pression de la vis. Mais, en faisant ainsi varier la vis de pression, il serait aisé de fournir des séries artificielles à tension croissante ou décroissante. C'est donc à la condition de se servir de l'instrument avec une pression constante que les renseignements qu'il donne sur la tension peu-

vent acquérir quelque valeur. Quant au tracé lui-même, je n'insisterai pas sur sa lecture.

La ligne d'ascension est d'autant plus élevée que la pression est moindre.

Elle se rapproche d'autant plus de la verticale que la projection du sang par le cœur a lieu avec plus de force et plus de rapidité. Le sommet de la pulsation affectera la forme d'un *plateau* toutes les fois que la tension demeurera, pour un certain temps, constante dans les vaisseaux; quand, par exemple, il y aura, pour un moment, équilibre entre la recette par le cœur et l'écoulement par les capillaires.

Le plateau serait un phénomène constant, n'était l'intervention d'un double élément à chaque ondée, mis en jeu par le choc même du liquide, l'élasticité et la *contractilité*, qui transforment le mouvement saccadé du cœur en une force plus uniforme : la tension artérielle.

C'est parce que ces conditions sont en partie remplies par la perte sénile de l'élasticité, que le pouls des vieillards est caractérisé par un plateau.

Ces conditions se rencontrent encore sous l'influence de certains agents thérapeutiques qui agissent ici de deux façons différentes :

Lorsque le vaso-moteur se trouve à peu près complétement paralysé et que la tension dans le système artériel s'est abaissée considérablement, la contractilité n'existe pour ainsi dire plus; l'élasticité se trouve impuissante à transformer l'action cardiaque; la paroi ne rend plus en pression sur le liquide la pression centrifuge qu'elle a reçue de l'ondée cardiaque; la tension reste un instant constante, et le levier reste en repos, décrivant sur la plaque animée d'un mouvement horizontal une ligne parallèle à ce mouvement : un plateau.

Lorsque au contraire le système vaso-moteur se trouve à un haut degré galvanisé, que la contraction vasculaire réduit autant que possible le calibre des vaisseaux en augmentant considérablement la pression, les parois vasculaires, pour ainsi dire *tétanisées*, deviennent assimilables à des parois rigides, incapables d'être refoulées par l'ondée cardiaque, comme de refouler à leur tour le liquide qu'elles renferment; ici encore, formation d'un plateau. Dans certains cas même, le raccourcissement de la ligne d'ascension comme de la ligne de descente fait du plateau l'élément prédominant du tracé: on obtient une ligne horizontale à quelques ondulations légères.

Quant aux modifications qui surviennent dans la fréquence du pouls, le sphygmographe rend compte des moindres qui se puissent produire, puisque la plaque accomplit sa course horizontale dans l'espace constant de dix secondes.

Mes recherches ont été faites soit sur des malades en cours de traitement, soit sur des malades guéris ou exempts de toute affection générale.

Je diviserai les médicaments dont j'ai pu observer l'action en deux classes : — 1º les agents paralysants du vaso-moteur, ou qui abaissent la tension ; exemple : l'*opium* ; — 2º les agents galvanisants du vaso-moteur, ou qui élèvent la tension : *digitale, sulfate de quinine, belladone, acide arsénieux, seigle ergoté.*

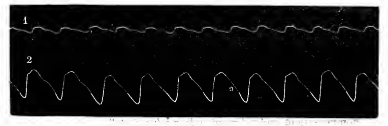
1º *Opium*. Dans l'objet qui nous occupe, ce sont surtout les variations relatives de la tension que j'ai eues à chercher. En un mot, c'est du point de départ de l'observation qu'il faut tenir compte. Tel tracé pris sur un malade indiquera une diminution de la tension par rapport au tracé précédent, qui cependant sera le signe d'une tension encore assez élevée.

J'ai pris des tracés avant et après l'administration de 5 à 20 centigrammes d'opium par jour.

Dans tous on peut constater une élévation croissante du tracé, consécutive à la diminution parallèlement décroissante de la tension ; dans l'un de mes tableaux, où le malade présentait au début une très-forte tension, la diminution était très-sensible, bien que le dernier tracé indique encore une tension assez élevée.

A mesure que la tension diminue, la ligne d'ascension se rapproche de la verticale, par suite de l'afflux plus facile et plus rapide de l'ondée cardiaque.

Dans l'un de ces tracés où la tension atteint son minimum, on

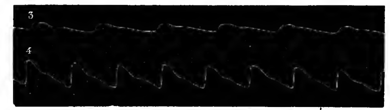


peut voir l'apparition d'un sommet à plateau par suite de la paralysie vaso-motrice (tracé nº 1, avant opium ; tracé nº 2, après opium). La perte de la contractilité a fait de la paroi artérielle une

membrane inerte qui n'agit plus avec la même rapidité sur l'ondée sanguine. Enfin, l'obliquité de la ligne de descente indique l'écoulement plus facile du sang par les petits vaisseaux; en même temps, apparaît le rebondissement ou dicrotisme, phénomène caractéristique d'une faible tension.

Sur l'un de ces tracés, on voit, en outre, le nombre des pulsations s'accroître d'une façon progressivement inverse à la tension. C'est là une confirmation de la loi posée par Marey : le nombre des pulsations croît en raison inverse de la tension (tracé n° 3, avant opium; tracé n° 4, après opium).

L'opium agit donc dans le même sens que la section du grand



sympathique. Ici, la sécheresse des muqueuses, la chaleur à la peau sont les phénomènes constatés par le médecin; là, la rougeur des tissus, l'élévation de la température sont les phénomènes observés par le physiologiste. L'opium paralyse les filets du grand sympathique qu'envoie le ganglion cervical supérieur au ganglion ophthalmique et de là aux fibres rayonnées de l'iris, comme il paralyse les filets vasculaires dn grand sympathique. La pupille se contracte par l'action désormais isolée des fibres circulaires.

Ici encore, il agit au même titre que l'ablation du ganglion cervical supérieur, ou que la section des filets supérieurs qui s'en détachent.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher de ces tracés consécutifs à



l'administration de l'opium un tracé que j'ai pu prendre sur un homme sain et profondément endormi (tracé n° 5).

Ce tracé est presque identique à celui de mes tracés obtenus par l'opium qui présente la plus faible tension (n° 2). Là, comme ici, grande élévation du tracé accusant une très-faible tension; ligne

d'ascension verticale; plateau; descente rapide avec rebondissements.

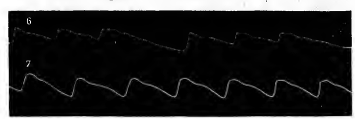
2° Tous les autres médicaments que j'ai observés présentent à coup sûr entre eux de grandes différences d'action, sur lesquelles je n'ai pas à insister. J'ai voulu mettre en saillie leur caractère commun : la galvanisation du grand sympathique.

Digitale. Pour ce médicament, plus que pour tout autre, il faut tenir compte de la dose, ou plutôt de l'unicité ou du fractionnement dans l'administration.

A dose élevée, unique, l'action apparaît primitivement sur le cœur lui-même. A dose fractionnée, la circulation générale m'a paru primitivement atteinte, et le cœur ne l'a été que secondairement.

Un cas d'empoisonnement par la digitale, que j'ai observé dans le service de M. Lorain, m'a fourni l'occasion d'étudier les effets de l'absorption d'une haute dose non fractionnée :

Un caractère frappe ici tout d'abord, c'est l'irrégularité rhyth-



mique des battements du cœur. Le tracé sphygmographique montre des groupes également espacés de trois sommets pulsatiles séparés par une longue descente silencieuse (tracé n° 6). Envisagé d'une autre façon, il montre des groupes formés d'une pulsation longue et de deux brèves. M. Gubler compare chacun de ces groupes, au point de vue phonique, à un dactyle (— ∪ ∪).

La ligne d'ascension est verticale et indique une projection nette et rapide du cœur.

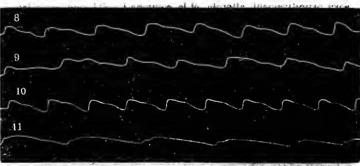
La malade était tourmentée de vomissements, de coliques et de troubles de la vue. Quelques heures après, le pouls reprenait un peu de régularité ; par moments encore, une pulsation manquait et permettait une descente complète du levier, qui traçait ainsi une seule pulsation longue au milieu de plusieurs brèves. Le lendemain, les symptômes généraux s'étaient amendés, le pouls avait repris sa régularité complète, et la ligne du tracé, notablement plus élevée (tracé n° 7), faisait apparaître, par comparaison, l'augmen-

tation de tension de la veille. En même temps, le sommet tend, dans ce dernier tracé, à s'arrondir, ce qui indique une entrée de l'ondée sanguine moins rapide que la veille dans un milieu où la tension avait cependant diminué.

Ainsi administrée, la digitale semble donc être un agent perturbateur du cœur, mais surtout un tonique de cet organe, ainsi que l'indique la verticalité de la ligne d'ascension et l'acuïté du sommet.

A dose fractionnée, la digitale semble agir primitivement sur la circulation générale, sur la tension.

Dans un de mes tracés, la digitale a succédé à l'opium (tracé n° 8,



opium); ce hasard assurait plus de netteté à l'action de la digitale, si le sens de son action était inverse de celui de l'action de l'opium.

On voit, en effet, après 20 centigrammes de poudre de feuilles de digitale (tracé n° 9, digitale), le tracé perdre beaucoup de son élévation, et perdre en outre chaque jour une pulsation pour la longueur du papier et la durée de la course de la plaque; puis tout à coup le tracé se relève, le nombre des pulsations écrites augmente de trois (tracé n° 10). Il y a là un phénomène d'accoutumance que le sphygmographe était seul en demeure de découvrir le premier.

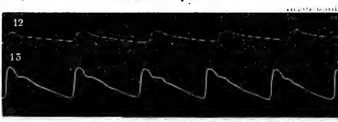
Je signale en passant cette intervention toute pratique de l'instrument.

On élève la dose, et la tension augmente de nouveau. La ligne d'ascension devient courte et oblique; la ligne de descente décrit une courbe consécutive à la gêne de la déplétion vasculaire; le nombre des pulsations s'abaisse (tracé n° 11). — Un tracé très-analogue à celui-ci, obtenu par M. Siredey dans le traitement de la digitale, a été publié dans la thèse de M. Legroux. Mais on voit combien ces tracés diffèrent de celui que peut donner l'administration de la digitale à dose élevée et d'un seul coup (n° 6).

Chez le malade dont je présente ici le tableau sphygmographique, la cessation de la digitale ne s'était pas accompagnée de la cessation des effets. C'était la preuve écrite de l'accumulation du médicament dans l'organisme : accumulation importante à connaître et qui constitue une différence importante entre la digitale et certaines autres substances : la belladone, par exemple.

Enfin, le dernier de ces tracés montrait une diminution de tension, avec rebondissements et rareté du pouls, qui battait 56 fois par minute. Ici est intervenue une cause spéciale agissant en sens inverse de la digitale sur la tension, qu'elle diminue, tout en ralentissant le pouls : la *convalescence* d'une pneumonie. Quel que soit le moment où l'on examine un malade traité par la digitale, l'élévation de la tension et le ralentissement du pouls sont donc des phénomènes constants.

Réciproquement, la suppression de ce médicament s'accompagne toujours, au bout d'un certain temps, variable avec la durée et la



dose, d'une diminution dans la tension, avec augmentation de la fréquence du pouls.

Ce tableau montre cette diminution de tension consécutive à la suppression de la digitale (nº 12, pendant digitale ; nº 13, après digitale).

Certains malades présentent une tolérance particulière : c'est lorsqu'une lésion du système circulatoire et surtout du cœur lui-même vient incessamment lutter contre les effets de la digitale, qu'on observe ces effets tardifs.

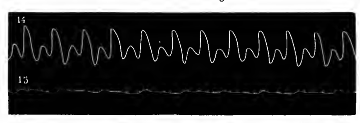
C'est dans ce dernier cas qu'on peut profiter des renseignements donnés par le sphygmographe dans la médication par la digitale à dose élevée et unique.

Les doses fractionnées, dont l'action porte primitivement sur les vaisseaux, semblent mieux remplir les nombreuses indications de la digitale en dehors des affections du cœur.

Je citerai l'exemple d'un malade atteint d'endopéricardite rhumatismale, qui, après six jours de traitement par la digitale à la dose de 20 centigrammes de poudre par jour, présentait encore un

pouls à 128, avec tension très-faible et rebondissements très-considérables (tracé n° 14).

Il a fallu arriver à la dose de 50 centigrammes en deux heures

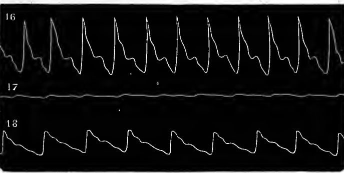


pour élever la tension d'une façon très-réelle, mais sans ralentissement du pouls (tracé n° 15).

Sulfate de quinine. Je serai plus bref sur le sulfate de quinine. A l'inverse de la digitale, son action m'a semblé sûre et toujours identique à elle-même, quels que soient la dose et le mode d'administration.

Dans tous les tracés que j'ai pris, la tension augmente proportionnellement à la dose ; elle diminue de même.

Un tracé qui était d'abord élevé, à ascension brusque, verticale, à sommet aigu, à descente rebondissante (tracé n° 16), devient une



ligne dont l'ensemble est horizontal et dont chaque pulsation présente une ascension oblique, courte, un plateau, une descente allongée, curviligne (tracé n° 17, sous l'influence du médicament).

La disparition des effets suit de très-près la disparition de la cause (tracé n° 18, après suppression du médicament); aussi faut-il graduellement élever la dose, sous peine de voir la tension diminuer.

Belladone. La belladone augmente aussi la tension, d'une façon moins énergique cependant que la digitale et le sulfate de quinine.

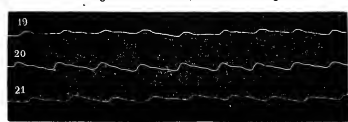
Moins que ces médicaments, mais comme eux, elle abaisse le tracé. Contrairement à ce que pourrait faire attendre cette augmentation de tension, elle ne paraît pas diminuer la fréquence du pouls; l'augmentation de fréquence serait peut-être même l'expression de la vérité.

Les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine m'ont paru agir avec plus de rapidité et plus sûrement que la belladone prise à l'intérieur.

Dans ce dernier cas, et cela tient aussi à ce que, la médication étant prolongée, on observe plus longtemps, son action est extrêmement fugace, ainsi que le fait voir cette série de tracés :

Lorsque, comme ici, on commence par 1 ou 2 centigrammes, la tension augmente le premier jour (tracé n° 19); elle diminue le deuxième jour et les jours suivants (tracé n° 20), sans pour cela s'abaisser au minimum précédant le traitement.

Vient-on à augmenter la dose, la tension augmente encore



(tracé n° 21), pour baisser les jours suivants. La même série d'augmentations saccadées dans la pression se reproduit ainsi à chaque nouvelle dose, pour décroître ensuite.

C'est donc ici surtout qu'il importe de tenir compte des variations, surtout relatives, dans la lecture du tracé.

Il en ressort pour la pratique l'indication d'augmenter chaque jour la dose, si l'on veut obtenir une augmentation constante de la tension.

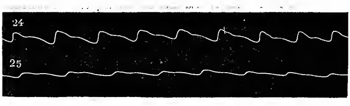
Acide arsénieux. Je n'aurai que peu de chose à dire de ce médi-



cament. Je ne possède d'ailleurs, relativement à son influence sur la tension, qu'une seule observation sphygmographique. La simple inspection du tracé suffit pour indiquer son action. La comparai-

son du tracé pris sur le malade avant l'usage de l'acide arsénieux (tracé n° 22), avec les tracés consécutifs à l'absorption de 1 milligramme et plus tard 2 milligrammes du médicament, fait lire l'augmentation de la tension (tracé n° 23) avec légère accoutumance au bout de trois jours.

Ergot de seigle. J'en dirai autant de l'ergot de seigle ; 50 centigrammes de cette substance ont considérablement augmenté la



tension, qui était revenue le lendemain matin à son point de départ (tracé n° 24, avant ; tracé n° 25, après).

Quoique à des degrés différents, tous ces médicaments, dont l'action est opposée à celle de l'opium, diminuent le calibre des petits vaisseaux, dilatent la pupille contractée par l'opium.

Ils galvanisent donc les filets supérieurs du ganglion cervical supérieur, au même titre que les filets vaso-moteurs généraux. Ils agissent comme la galvanisation réelle du filet supérieur du ganglion cervical dans l'expérience de Kuyper.

Leur action diurétique et réfrigérante est d'ailleurs conforme aux connaissances acquises sur la galvanisation du grand sympathique, et le sphygmographe n'a d'autre mérite que de confirmer ce que la physiologie et la clinique faisaient déjà prévoir.

Résumé. — I. Relativement à l'élévation du tracé : Les recherches sphygmographiques des modifications apportées par les médicaments dans la tension artérielle ne sont probantes qu'à la condition que la pression du levier ait été constante pour chaque malade au moins.

II. Relativement à la lecture du tracé : Le sommet de la pulsation peut se former en plateau dans deux cas opposés : *paralysie* absolue ou *tétanie* énergique des parois artérielles.

Dans le premier cas, assimilable à une membrane inerte ; dans le deuxième cas, comparable à une paroi rigide, la paroi artérielle est, dans l'un et l'autre cas, incapable de transformer en un mouvement modifié et prolongé l'action saccadée du cœur.

III. La paralysie vaso-motrice avec abaissement de la tension, élévation de la température, accélération du pouls, contraction de

la pupille, augmentation du calibre des vaisseaux, s'observe à la suite de l'administration de l'*opium* et dans le *sommeil naturel*.

IV. La galvanisation du vaso-moteur, avec élévation de la tension, abaissement de la température et ralentissement du pouls, dans le plus grand nombre des cas ; dilatation de la pupille et diminution du calibre des vaisseaux, s'observe à la suite de l'administration de *digitale, sulfate de quinine, belladone, acide arsénieux, seigle ergoté*.

V. 1° A haute dose, la digitale paraît agir primitivement sur le cœur, dont elle modifie le rhythme. Elle produit au sphygmographe des séries ternaires de pulsations, chacune formée d'une longue et de deux brèves, qui peut se scander à la manière d'un dactyle (— ⏑ ⏑) (Gubler) ;

2° A faible dose, la digitale paraît agir primitivement sur les vaisseaux. La digitale s'accumule dans l'organisme ; elle prolonge ses effets bien au delà de son administration au malade.

VI. L'action du sulfate de quinine est rapide, constante ; elle croît proportionnellement à la dose, et s'arrête avec la cessation du traitement.

VII. La belladone a une action très-fugace. Plus que pour tout autre médicament, la dose a besoin d'être souvent augmentée pour produire un effet constant sur la tension. Son action sur la fréquence du pouls n'est pas en rapport avec son action sur la tension.

VIII. L'acide arsénieux et l'ergot de seigle agissent, au point de vue de la tension, dans le même sens que la digitale, le sulfate de quinine et la belladone (¹).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des polypes naso-pharyngiens (²) ;

Par M. A. Desgranges, professeur de clinique externe à l'École de médecine de Lyon.

La thérapeutique des polypes naso-pharyngiens comprend deux indications :

1° Enlever la tumeur ;

(¹) Lu à la Société de Thérapeutique.

(²) Nous devons à l'obligeance de M. Henri Contagné, interne des hôpitaux de Lyon, de pouvoir reproduire dans ce recueil les dessins qui ont déjà paru avec ce travail dans le *Journal de médecine de Lyon*.

2° Prévenir la récidive.

L'ablation du polype présente parfois de sérieuses difficultés et, depuis longtemps déjà les chirurgiens, croyant à l'impossibilité de pratiquer une opération radicale en se contentant des voies naturelles, ont, à l'aide d'opérations préliminaires, ouvert aux instruments des voies artificielles pour arriver à ce résultat. Ces opérations préliminaires, aujourd'hui très-nombreuses, se multiplient encore tous les jours, et le catalogue en est, à cette heure, tellement étendu qu'assurément il serait impossible de ne point en omettre. Mon but n'est pas de les faire connaître; elles sont bien décrites dans la plupart des ouvrages de chirurgie et surtout dans la thèse de M. Robin Massé (Paris, 1864), travail auquel on pourrait cependant adresser de sérieuses critiques. On trouve une judicieuse appréciation des plus importantes de ces opérations dans le mémoire de mon collègue, M. Delore (*Bull. gén. de Thérap.*, 1863, p. 349 et *passim*).

Dans le plus grand nombre des cas, on peut arriver sur le polype sans rien détruire.

Pour réaliser cette assertion d'une chirurgie véritablement conservatrice, nous mettons en usage un procédé simple, d'une exécution facile, et certain dans ses résultats. Il ne sacrifie rien et ouvre cependant une voie suffisante aux instruments qu'on doit manœuvrer dans le pharynx; il a surtout l'avantage de mettre en garde contre la récidive par une cautérisation profonde, bien limitée, et sans danger, de la surface d'implantation.

Ce procédé se compose de trois temps principaux correspondant à autant d'indications.

1° *Élargir l'isthme du gosier pour faciliter le jeu des instruments dans la cavité pharyngienne.* — A cet effet, on passe derrière le voile un ruban de fil dont les chefs ressortent par la bouche et par le nez, chefs que l'on noue fortement sur un rouleau de diachylon, afin de protéger la lèvre supérieure.

Le voile du palais est ainsi ramassé vers son insertion palatine et l'isthme du gosier agrandi en forme de triangle, ce qui permet d'arriver en ligne droite de la bouche au pharynx, au lieu d'avoir à contourner le bord libre d'un organe flottant.

2° *Détruire le polype.* — Le premier temps effectué, on passe du nez dans la bouche un fil qui permet de ramener par la narine on une anse métallique ou une anse de corde, dont la flexibilité a parfois un avantage réel. Cette anse sert à étreindre la base du polype, après qu'on l'a fait glisser sur celle-ci avec l'index gauche

pour conducteur. La constriction est exercée à l'aide d'un écraseur de forme spéciale dont l'extrémité, à cause de son petit volume, peut être poussée jusque sur la base du polype. Le reste de l'opération se fait alors comme dans l'écrasement ordinaire (1).

3° *Prévenir la récidive.* — Ce temps comprend la cautérisation de la surface d'implantation.

Le caustique employé, et qui me paraît avoir sur les autres une incontestable supériorité, est le chlorure de zinc solidifié sous forme de tablette; son application nécessite la mise en usage d'appareils particuliers que je vais vous décrire :

1° *Appareil frontal* (fig. 1). — Coupe de la face, destinée à montrer l'intérieur de la narine gauche, le crâne étant intact. Elle s'exécute par un trait de scie médian, d'avant en arrière, sur lequel on conduit un second trait de scie perpendiculaire, rasant le sourcil, en passant près du pavillon de l'oreille.

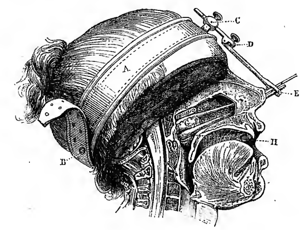


Fig. 1.

A. Couronne de l'appareil.
B. Bouton d'appareil.
C. Olive tournante.
D. Articulation en genou.
E. Pince terminale.
F. Baleine chargée de caustique.
G. Tampon de charpie.
H. Spatule.

Construit, pour les insufflations de la trompe, sur les données

(1) Cet écraseur se compose d'une forte tige métallique de 20 centimètres de longueur, portant à l'une de ses extrémités un petit anneau perpendiculaire à l'axe et à l'autre un treuil muni d'un arrêt. Il permet de se servir d'une corde ou d'un fil métallique.

de Kramer, cet appareil se compose d'une couronne et d'une tige mobile. La couronne, faite d'un ressort d'acier, s'adapte et se fixe à la tête par la courroie, au point B; elle porte en avant une olive qui tourne à frottement dur. La tige, cylindrique en haut, est reçue dans l'olive, où elle glisse et tourne à volonté; elle est brisée à son milieu par une articulation en genou; enfin elle se termine par une petite pince (fig. 2).

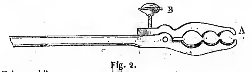


Fig. 2.

A. Valve mobile.
B. Vis de pression agissant sur la valve par le mécanisme du levier.

Tous ces points mobiles prennent de la fixité au moyen de vis de pression adaptées à chacun d'eux. De plus, cette tige jouit de tous les mouvements : de l'inclinaison latérale, par la rotation de l'olive C; de la rotation sur elle-même et de l'allongement, par la manière dont elle s'unit à l'olive; elle se fléchit en genou, et peut dès lors se prêter à toutes les positions que prend la spatule qu'elle est destinée à maintenir.

2° *Spatule.* — C'est une tige d'acier arrondie, longue de 0m,12 à 0m,13, et aplatie à l'une de ses extrémités, comme le représente la figure 3, de grandeur naturelle.

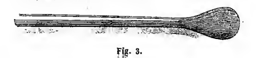


Fig. 3.

3° *Baleine flexible.* — Destinée à porter le caustique dans le pharynx, elle est longue de 0m,23 environ, et très-mince, pour contourner facilement le voile du palais; en outre, elle s'élargit à celle de ses extrémités qui reçoit le caustique, et, pour qu'on puisse mieux l'y fixer, elle est percée de cinq ou six trous en cet endroit. L'extrémité opposée n'est percée que d'un trou pour le fil qui fait suivre le trajet de la bouche aux narines.

Le manuel opératoire est des plus simples :

1° *Passage de la baleine chargée de caustique.* — Au moyen d'un fil passé par la bouche et le nez, et fixé par son chef buccal à l'extrémité de la baleine, on attire celle-ci, puis on lui fait contourner le voile du palais (fig. 4), en même temps qu'avec l'index de l'autre

main on dirige l'extrémité chargée du caustique. Ce temps s'exécute avec promptitude et élégance. Une fois le caustique arrivé au point voulu, on charge un aide de maintenir la baleine en place, jusqu'à ce que le tamponnement soit exécuté.

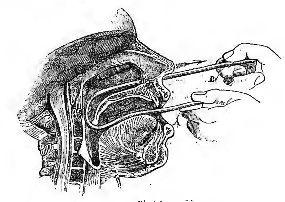


Fig. 4.

A B. Baleine flexible passée dans la bouche et le nez.
A. Extrémité chargée de caustique.

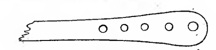


Fig. 5.

La baleine vue séparément (grandeur naturelle).

2° *Tamponnement du pharynx.* — Le chirurgien, pour plus de commodité, peut se mettre en arrière, et conduire avec l'index des tampons de charpie dans la portion nasale du pharynx, jusqu'à ce qu'elle soit remplie; il les tasse, les serre de façon non-seulement à fixer le caustique au lieu d'élection, mais aussi à empêcher les mucosités chargées de caustique de couler sur le pharynx, au delà du point malade.

3° *Immobilisation du tamponnement.* — Tandis que d'une main on soutient le tamponnement pharyngien, de l'autre on conduit la spatule par la narine qui a reçu la baleine, en ayant soin de la tenir oblique de haut en bas et de raser le plancher nasal, afin d'arriver plus aisément au-dessous du tampon et d'y remplacer le doigt. Cela fait, on presse assez énergiquement sur le tampon, la spatule faisant levier; puis il ne reste plus qu'à l'arrêter au moyen de l'appareil frontal (fig. 1).

L'*appareil frontal* peut se placer à ce moment de l'opération, ou encore, si on le préfère, avant de commencer. J'ai fait des deux façons, et je n'ai pas trouvé que l'une fût supérieure à l'autre. Il va sans dire, aussi, que l'appareil sera placé dans une position qui laisse la tige arriver commodément sur la spatule, et que toutes les pièces seront convenablement serrées par les vis de pression. Mais ce sont là des détails auxquels l'habileté de l'opérateur pourvoira largement, sans qu'il soit nécessaire d'en dire davantage. Enfin, l'opération s'achève en rendant au voile du palais sa liberté.

La cautérisation des polypes naso-pharyngiens n'est point une œuvre difficile ; elle ne serait pas douloureuse au moment de l'exécution, si ce n'était la sensation désagréable et les efforts de vomissements que provoquent le contact des doigts, des instruments, et l'immobilisation du voile du palais.

L'opération n'est point, du reste, de longue durée, lorsque le malade s'y prête. Somme toute, elle n'est point de celles qui réclament l'anesthésie, indépendamment des embarras qu'il y aurait à agir pendant la période d'excitation.

La *durée de l'application* reste subordonnée à l'épaisseur des tissus à détruire; mais il me semble difficile que quatre ou cinq heures ne suffisent pas dans les cas simples, et sept à huit dans les cas compliqués. Au reste, si la première cautérisation n'allait pas à fond, si elle n'entamait pas le périoste, l'eschare tomberait du huitième au dixième jour, et, par ce qui aurait été attaqué, on jugerait du temps nécessaire pour emporter le reste. Quand le périoste est atteint, c'est-à-dire quand la dénudation des os doit suivre la chute de l'eschare, celle-ci met beaucoup plus de temps à se séparer : quinze ou vingt jours environ.

La *douleur* causée par la cautérisation est à son maximum dans les deux ou trois heures qui suivent l'opération ; plus tard, elle devient plus sourde, plus supportable, sans pourtant disparaître. Elle est accompagnée d'une *gêne dans la déglutition,* liée à une véritable angine traumatique, mais aussi angine éphémère ; car, au bout de deux ou trois jours, les malades cessent de s'en plaindre.

La *congestion pharyngienne* qui suit la cautérisation se traduit à l'extérieur par une légère bouffissure de la face, particulièrement aux paupières et sur les régions malaires. Elle se traduisait chez un de nos opérés par les douleurs auriculaires que nous avons notées, et par la douleur occipitale qu'exaspérait la rotation de la tête.

La *fièvre* est nulle ou sans gravité, l'appétit revient vite, et généralement, au bout d'un septénaire, tout est rentré dans l'ordre. Il

faut une sensibilité spéciale pour que les troubles généraux aient quelque consistance, mais encore, dans ce cas, le pronostic reste très-favorable.

L'*eschare* tombe par petits fragments, du huitième au quinzième jour, quelquefois au vingtième, laissant à nu l'apophyse basilaire et, en partie, l'arc antérieur de l'atlas, si l'on a appuyé le caustique contre la paroi postérieure du pharynx.

Les *soins généraux* sont ceux de toute opération : réduction de régime, boissons délayantes, aussi longtemps que dure le mouvement fébrile ; les *soins spéciaux* se réduisent à des injections nasales détersives, à des gargarismes légèrement astringents, dirigés spécialement contre l'angine, suite de la cautérisation.

Avec le chlorure de zinc, une cautérisation de cinq à six heures suffit. Elle se fait sans danger pour le malade, grâce au soin que nous prenons de protéger les parties voisines; elle met à couvert des hémorrhagies, avantage que n'ont pas les caustiques alcalins, qui, contrairement au premier, rendent le sang diffluent; enfin, est-il besoin de faire remarquer que l'intégrité de la voûte et du voile du palais valent mieux qu'une oblitération lente à venir, difficilement complète, qu'une staphyloraphie même bien réussie ?

Ainsi, cautérisation en quelques heures, intégrité de la voûte du palais et de son voile, innocuité parfaite, voilà des avantages qu'on ne saurait refuser au procédé.

Ce procédé, employé avec succès par M. Delore, m'a constamment donné les résultats les plus satisfaisants. Cinq fois j'ai eu occasion de le mettre en pratique et j'ai pu acquérir la certitude qu'il n'a pas d'inconvénients fâcheux et que la cautérisation profonde qu'il permet est une garantie sérieuse contre la récidive. Chez un jeune malade (Laurent L***, Obs. II de mon *Mémoire sur la cautérisation appliquée aux polypes naso-pharyngiens. Gaz. hebdomad.*, 1854), une double cautérisation fut nécessaire, mais j'obtins une guérison parfaite, et, pendant deux ans que je pus observer ce sujet, il n'y eut aucune menace de récidive. Dans un cas de sa pratique, M. Barrier employa ce procédé de cautérisation, et, sept mois après l'extraction du polype, on put constater que la guérison se maintenait complète. (Brevet, *Thèse de Paris*, 1855.)

En résumé :

1° La cautérisation sur le point d'implantation des polypes naso-pharyngiens est un moyen de guérison radicale;

2° Avec le chlorure de zinc, elle se pratique d'un seul coup, en cinq ou six heures ;

3° Le chlorure de zinc peut être maintenu dans le pharynx sans danger; son action peut être limitée au point de contact;

4° L'opération est facile; les suites en sont très-simples;

5° Les avantages du procédé, indépendamment d'une exécution rapide, sont de ne point avoir à diviser le voile du palais, ni à perforer la voûte palatine; par conséquent, de s'exempter, pour plus tard, de la staphyloraphie, et de ne point courir les chances d'une réparation tardive ou incomplète de la division du palais;

6° La prudence fait une règle de cautériser tous les polypes du pharynx, et de cautériser, chaque fois, plutôt trop que pas assez.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'incompatibilité du beurre de cacao et de la glycérine.

Aucun médecin ne doit ignorer que du choix et de l'union des médicaments dépend leur action thérapeutique. Lorsqu'il formule, il doit se rappeler qu'il existe trois sortes d'incompatibilités : l'incompatibilité physique; l'incompatibilité physiologique; l'incompatibilité chimique.

Le médecin qui désire porter sous la peau ou dans le rectum un agent actif, tel que l'extrait de belladone, d'opium, de ratanhia, de quinquina, ou un alcaloïde, prescrit de le dissoudre dans une suffisante quantité de glycérine et de lui ajouter du beurre de cacao comme excipient. Ce mélange est impossible : par le refroidissement, le beurre de cacao se sépare de la glycérine. Si le médecin a formulé une pommade, cette pommade est grumeleuse ; on accuse le pharmacien de peu de soin; s'il a prescrit des suppositoires, ils auront perdu une grande partie de leur principe actif : le papier qui sert de moule l'aura presque tout absorbé. Il est donc préférable d'employer l'axonge, qui donne avec la glycérine une pommade homogène, et de laisser au pharmacien le soin de mêler le principe actif au beurre de cacao, sans indiquer la glycérine.

Encore un mot sur les quinquinas.

Ce titre est gros en interprétations. On a tant écrit sur ce sujet, qu'on doit supposer qu'il n'y a plus rien à en dire, à moins que nous n'annoncions qu'on a trouvé un sol plus propice que l'Algérie pour cultiver le cinchona, ou un autre procédé pour faire avec

cette écorce un sirop plus clair et plus limpide que celui qu'on obtient en suivant la formule du codex. Il n'en est rien; notre désir est d'informer les thérapeutistes d'une chose qui les intéressera davantage. Voici le fait :

Un pharmacien de province demande à un droguiste cinquante kilogrammes de quinquina jaune, on le lui expédie.

Les écorces sont belles, ni trop grosses, ni trop petites, d'une cassure un peu fibreuse, d'une couleur jaune très-franche, mais d'une amertume légère; elles ont, en un mot, belle apparence. Malheureusement, mises en contact avec des agents chimiques, on n'y trouve aucune trace de quinine. Il en résulte une discussion entre l'acheteur et le vendeur. Un arbitre est appelé; il juge que le droguiste doit reprendre sa marchandise.

Ce quinquina a-t-il été brûlé comme ne jouissant pas de propriétés médicales? Non; un droguiste qui en possède cinq à six kilos de semblable, le concasse, le vend aux herboristes, qui le débitent aux pauvres gens, qui, n'ayant pas le moyen d'acheter chez les pharmaciens du vin de quinquina tout fait, le préparent eux-mêmes : *aux gueux la besace*... Les maisons de drogueries qui se respectent, nous en connaissons, essayent toujours leur quinquina jaune avant de l'acheter, car le nouveau monde nous envoie dans ce moment, sous le nom de quinquina, des écorces de toute nature; ainsi, nous avons reçu du paopeyrera avec l'étiquette de *quina calisaya*. La fraude était si peu visible, qu'il nous a fallu avoir recours à l'analyse. Du reste, l'essai des quinquinas est facile en suivant une des formules proposées par MM. Guillermond fils, Glénard, Lemaître, Rabourdin, Schachl et bien d'autres. Aujourd'hui un pharmacien juge de la valeur d'un opium qu'il veut employer; pourquoi n'en ferait-il pas autant pour les quinquinas?

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Deux accouchements sérieux terminés heureusement par le rétroceps.

Monsieur et très-honoré confrère,

Veuillez avoir la bonté d'insérer dans votre estimable *Bulletin* les deux observations suivantes, rédigées aussi succinctement que possible, dans la crainte d'abuser de votre généreuse hospitalité.

Obs. I. — Le 1er septembre 1867, à dix heures du soir, la fille X***, primipare, à terme, pensionnaire de Mme G***, sage-femme de Saint-Savinien, perd ses eaux. Le travail ne commence que le 2 au matin. A minuit, dilatation complète ; sommet en O I G A.

Le 3, à cinq heures du matin, malgré de bonnes douleurs, la tête reste engagée au détroit supérieur ; 3 grammes de seigle sont donnés jusqu'à sept heures. Douleurs terribles à la suite. A onze heures seulement, je pus me rendre près de la fille X***, qui, dans une exaspération nerveuse indicible, se roule à terre. Il y a une grande obliquité ; à droite de l'utérus, une tumeur séro-sanguine volumineuse ; le sommet est arrêté par la branche ischio-pubienne gauche. *A priori*, c'est une anomalie dans le troisième et le quatrième temps d'un accouchement naturel. Par un nouvel examen, je m'assure que la bosse sanguine n'est autre que le segment postérieur de la tête allongée et pressé sur l'ischio-pubis. Je constate un rapprochement anormal des ischions ; enfin, le diamètre coccypubien a seulement 9 centimètres et demi. C'est donc un rétrécissement du détroit inférieur.

Dans des conditions déplorables d'espace, de lumière et d'assistance, je me sers du rétroceps. Je glisse sur l'index droit la cuiller basculante. Par deux fois, j'échoue dans son placement, d'abord à cause de l'agitation de la malade, ensuite parce que, toujours sous l'influence du forceps symétrique, je la pousse trop sur les côtés du petit bassin. A la troisième tentative, je la fais pénétrer dans l'aire postérieure de l'excavation, où je la sens contourner la tête. La cuiller pivotante, guidée par l'index gauche, se pose tout de suite en arrière de la tête. Ainsi placées, mes deux branches tendaient solidement. J'articulai sur le manche en fixant au quatrième trou du disque mortaisique la branche pivotante ; puis j'immobilisai la basculante en serrant la vis de pression latérale. Sur-le-champ je fis des tractions en avant et en bas, suivies d'un véritable brassement de gauche à droite et de nouvelles tractions en bas et en avant. Je continuai ces manœuvres en déployant toutes les forces de ma main droite, et au bout de dix minutes environ, je sentis la résistance vaincue. Le sommet, réduit par le rétroceps sur l'ischio-pubis, s'en délogeait et franchissait le détroit inférieur pour se dégager à la vulve en position occipito-pubienne. L'enfant, du sexe féminin, naquit vivant, la face cyanosée. Sa tête est remarquable par son étroitesse et sa longueur, qui mesure 20 centimètres ; en outre, sa moitié postérieure ressemble à une grosse loupe, pyramidale, haute de 9 centimètres, dont la base couvre tout l'angle postéro-supérieur du pariétal droit et l'angle correspondant de l'occipital. Enfin, il existe au-dessus de la suture écailleuse droite un enfoncement osseux pouvant loger la pulpe de l'index. Les traces du rétroceps sont bien accusées. « La cuiller basculante a fait un sillon profond à la partie interne de la moitié gauche du front. Son bec est marqué au-dessus du sourcil. Les stigmates sont visibles ; en outre, sur la moitié antérieure du pariétal, près de la suture sagittale. De son côté, la pivotante a circonscrit la bosse pariétale droite, embrassé le pavillon de l'oreille, et son bec s'est fixé au-

dessous de l'articulation temporo-maxillaire, sur la branche verticale du maxillaire inférieur. L'enfoncement osseux est au centre de la fenêtre. »

Obs. II. — Mme L***, domiciliée à Saint-Savinien, est en travail, le 2 décembre 1867, à neuf heures du matin. A une heure de la nuit, je suis mandé. Dilatation complète; tête au-dessus du détroit inférieur, en O I D P. Bonnes douleurs. J'apprends qu'en septembre 1864, Mme L*** est accouchée d'un enfant très-petit; qu'en août 1866, le docteur G***, praticien expérimenté, l'a délivrée par le forceps d'un enfant mort, dégagé en première position. Les détroits supérieur et inférieur ont 8 centimètres et demi, déduction faite des parties molles. Il y a donc un rétrécissement du bassin et de ses diamètres antéro-postérieurs.

Deux heures. Douleurs plus fortes. Première application du rétroceps, sans pouvoir saisir la tête.

Trois heures. Nouvel essai. La branche basculante pénètre à 20 centimètres de profondeur. La pivotante, poussée plus haut encore, paraît bien embrasser l'organe. Avant d'articuler, je m'assure de la solidité des cuillers. La basculante glisse, sa tige tourne dans la main et vient se placer au devant de sa congénère.

Quatre heures. L'auscultation dénote les bruits cardiaques de l'enfant dans le flanc droit de la mère; ils sont petits et profonds. Toujours au-dessous du détroit supérieur, la tête n'a pas bougé. La branche droite pénètre d'emblée à 23 centimètres et saisit parfaitement l'organe céphalique. La branche gauche, guidée par la main introduite tout entière moins le pouce, glisse encore et vient se superposer à la branche droite; en un mot, je ne peux pas la placer derrière la tête dans l'aire postérieure du bassin. Nouvelle trêve d'une heure. La cuiller pivotante est laissée à demeure dans l'utérus sans causer la moindre douleur.

Cinq heures. Elle est toujours à poste. J'efface la lèvre antérieure du col, œdématiée et très-gênante pour introduire la branche basculante, avec laquelle j'échoue de nouveau. La femme est prise d'un tremblement général et de frissons. Strabisme prononcé. Troubles passagers de l'intelligence. Craignant l'éclampsie et en désespoir de cause, je saisis mon forceps symétrique. Je mets en pratique tous les préceptes connus pour placer la branche mâle sans y réussir. J'intervertis alors. La branche femelle pénètre presque d'emblée à 22 centimètres, et, plein d'espoir, je crois toucher au but (1). J'essaye donc de replacer la branche mâle; nouveaux revers. Cependant la tête a évolué. Sans être engagée au détroit supérieur, elle est devenue centrale. Les bruils fœtaux sont mieux perçus.

Il est six heures. Je recommence mes tentatives avec le forceps. La branche femelle pénètre facilement et saisit bien la tête. Je l'utilise comme levier pour ébranler l'organe et le pousser au centre du

(1) Mon forceps est de Sanson; modèle assez moderne. Les cuillers ont 26 centimètres de longueur.

détroit. Mais j'échoue encore avec la branche mâle, et lorsque je veux rectifier sa position, je sens que je vais forcer des résistances. Je reste impuissant, et convaincu que persister c'est vouloir l'impossible et s'exposer à des désordres considérables. La vulve est gonflée outre mesure, infiltrée de sang. La femme, découragée; haletante, en proie à de terribles douleurs, court les plus grands dangers. La crâniotomie est proposée. Je réclame toutefois la présence d'un confrère; ne voulant pas prendre pour moi seul la responsabilité de cette opération pratiquée sur un enfant bien vivant. Avant d'en venir à cette *ultima ratio*, je tente une dernière application du rétroceps.

Six heures et demie. La branche pivotante, introduite la première, se place vite à 24 centimètres de profondeur. La cuiller basculante, enfin, à ma grande satisfaction, pénètre spontanément. Je la vois tourner dans ma main gauche pour s'enfoncer dans l'aire postérieure du bassin. Cette fois, en la retirant pour être sûr qu'elle est bien à poste, je la sens arrêtée par la tête.

Mes deux cuillers plongeaient à 24 centimètres dans la filière utéro-pelvienne. Leur articulation et la fixation sur le manche, faites au ras de la vulve, ne furent plus qu'un jeu. Cependant une exactitude rigoureuse exige que, de ce chiffre de 24 centimètres, je déduise 1 centimètre pour l'épaisseur des parties œdématiées; le rétroceps pénétra donc réellement à 23 centimètres de profondeur. Alors, saisissant à pleine main droite le manche de l'instrument; ma main gauche donnant aussi son puissant concours, j'opérai, avec l'énergie dont je suis capable, des tractions directes en bas, suivies de mouvements à droite et à gauche, pour ébranler le sommet et l'engager dans le détroit supérieur. Je dus faire un appel immédiat à mes genoux, à mon pied gauche arc-boutés sur le lit, pour franchir les obstacles successifs opposés par les détroits et le bassin rétrécis à 8 centimètres et demi. Au détroit inférieur, la résistance parut s'accroître et nécessita, de ma part, des efforts extraordinaires que j'accomplis sans brusquerie. Ce déploiement de forces, renouvelé toutes les cinq minutes, finit par triompher.

A sept heures du matin, la tête se dégageait en position occipito-pubienne, en déchirant le périnée sur la ligne médiane, dans une étendue de 2 centimètres et demi. Cette lésion, dont le rétroceps n'est pas justiciable, fut causée par le rétrécissement du détroit inférieur, le volume de la tête et l'œdème des parties. Un beau garçon, bien vivant, fut une juste compensation pour tant de peines. « La cuiller basculante fit son empreinte, avec ecchymose et œdème des paupières, sur le milieu du front. Son bec porta entre les deux sourcils. La pivotante embrassa la région temporale droite, et son bec marqua derrière l'os jugal, au-devant du lobule de l'oreille droite. » Mais la tête de l'enfant est déformée. Les régions temporale et pariétale droites sont très-aplaties. Un plan mené par leur surface forme un angle aigu maximum de 45 degrés avec le plan vertical passant par la suture sagittale. En outre, la tempe est plus enfoncée, et la dépression est encore visible quinze jours après l'accouchement. Une bosse séro-sanguine peu volumineuse, mais bien recon-

naissable, existe sur l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche. Les diamètres de la tête sont les suivants : occipito-frontal, 12 centimètres et demi ; occipito-mentonnier, 15 centimètres ; bi-pariétal, 9 centimètres et demi, sans tenir compte de l'aplatissement du pariétal droit.

Réunie par deux points de suture, la déchirure du périnée fut guérie en quatre jours.

Réflexions. — Si l'on veut bien se reporter au *Bulletin de Thérapeutique* du 30 août 1867, où j'ai publié mon premier essai du rétroceps, on verra que, dans ce cas, j'ai extrait avec rapidité une tête volumineuse enclavée au détroit supérieur, chez une femme bien conformée. Dans le deuxième cas, celui de la fille X***, je crois que l'accouchement naturel eût pu se faire, malgré le détroit inférieur rétréci à 9 centimètres et demi. Mais le seigle ergoté, donné d'une manière intempestive, surexcita l'utérus et troubla l'acte physiologique en faisant manquer la rotation intérieure. La tête plongea donc obliquement dans l'excavation et vint s'arrêter sur la branche ischio-pubienne, d'où le rétroceps la délogea avec les seules forces de la main droite. Et plus je réfléchis aux détestables conditions dans lesquelles j'ai assisté cette fille, plus je vois les difficultés que j'aurais eues avec le forceps classique.

Privé du rétroceps, force eût été d'employer l'ancien instrument ! Après beaucoup de tentatives, je serais parvenu à placer la branche mâle entre la tête et l'ischio-pubis ; je l'aurais articulée sur la branche femelle, et, par des tractions énergiques, j'aurais pu franchir l'obstacle pour amener la tête au détroit inférieur... Mais il m'eût été impossible, sans le rétroceps, de terminer en dix minutes un accouchement que l'agitation de la malade, les obstacles mécaniques, l'étroitesse de la vulve et la rigidité du périnée chez une fille virilement constituée rendaient difficile à mener à bien.

Reste donc le dernier cas, pour lequel je serai sobre de commentaires : chacun peut voir les épreuves par lesquelles j'ai passé, et se persuader qu'un accoucheur ne doit pas désespérer de vaincre avec cet instrument.

« Quatre séries de tentatives infructueuses par le rétroceps. Nombreux essais du forceps symétrique suivis de nouveaux revers, malgré la position plus avantageuse du sommet. Enfant fatalement voué à la craniotomie. Cinquième tentative par le rétroceps. Victoire complète après une demi-heure du plus rude travail manuel. » Tel est le résumé de ce cas de dystocie.

Ces faits peuvent intéresser les jeunes praticiens. J'ai regardé comme une obligation confraternelle de les publier, afin de prouver,

une fois de plus, les avantages du rétroceps. Loin de moi la prétention de condamner le forceps classique? Manié par les grands accoucheurs, cet instrument se joue des cas les plus difficiles. Mais en est-il ainsi lorsqu'il est livré à des mains moins exercées?

L'observation précédente est une preuve frappante des avantages que le rétroceps peut offrir ; et si j'eusse saisi parfaitement la tête avec le forceps symétrique, j'ai la conviction que, malgré tous mes efforts, je n'eusse jamais triomphé des résistances opposées sans sacrifier l'enfant, sans recourir à la crâniotomie. En voici la raison : c'est que le mécanisme même du forceps et la manière dont il faut le saisir m'auraient empêché de développer la force nécessaire. Tandis qu'avec le rétroceps, que l'on empoigne à pleines mains, il est possible d'obtenir les puissances réunies des deux bras, capables alors de vaincre les obstacles. En définitive, et à ce point de vue spécial, il y a entre ces deux instruments une différence capitale que j'établis ainsi : pour la même force, le rétroceps développe plus de travail utile que le forceps.

Du reste, l'efficacité du nouvel instrument appliqué au détroit supérieur vient d'être affirmée encore par un médecin des plus distingués. M. le docteur Damoiseau (d'Alençon) vient de publier deux faits qui prouvent surabondamment le parti que l'on peut tirer de cet ingénieux levier, quand on le dirige avec intelligence. M. le docteur Chassagny, dans la séance du 16 octobre de la Société des sciences médicales de Lyon, pense que c'est au détroit supérieur que l'instrument de notre confrère Hamon doit rendre les plus éminents services.

Est-il besoin de rappeler le compte rendu du congrès médical tenu à Argentan, le 7 août 1867 ? Dans cette séance, notre savant confrère, le docteur Hamon, a démontré publiquement les vertus incontestables du rétroceps. Par le raisonnement, par l'interprétation de nombreux faits, il a répondu aux objections qui l'assiégeaient, enlevé son auditoire et communiqué à tous sa foi robuste dans l'avenir réservé à l'instrument.

Nous le recommandons à nos confrères, auxquels nous dirons en terminant :

« Servez-vous du rétroceps à la première occasion. Alors, vous serez convaincus de la facilité de sa manœuvre et de la puissance de son action. Votre main droite, cette partie si intelligente de notre être, vous transmettra des impressions que vous n'oublierez plus. Agissez, voyez par vous-mêmes, l'expérience des autres ne donnant pas l'aplomb et le sang-froid. » Dr PHÉLIPPEAUX,

Ex-chirurgien de la marine, médecin du chemin de fer à Saint-Savinien.

De l'emploi du rétroceps.

Monsieur le rédacteur,

Il y a quelques années déjà, on faisait remarquer, dans le *Bulletin général de Thérapeutique,* la nécessité, pour la presse médicale, de revenir à diverses reprises sur l'importance de certains moyens thérapeutiques, pour parvenir à en vulgariser l'usage. Je crois utile de se conformer à cette nécessité pour ce qui regarde le *rétroceps* de notre honorable confrère de Fresnay-sur-Sarthe.

Depuis que je possède cet instrument, j'ai eu dix-neuf fois l'occasion de l'employer, et il m'a donné dix-neuf succès. Une fois, je l'ai appliqué au détroit supérieur : vous avez bien voulu publier ce fait dans le *Bulletin*, livraison du 15 janvier 1867, p. 29.

Antérieurement, je l'avais employé dans une présentation de la face. Voici la relation de ce cas :

Le samedi 16 juin 1866, je fus demandé pour une femme qui avait eu deux ou trois accouchements naturels, avec présentation de la tête.

Cette fois, j'arrivai une heure et demie environ après la rupture des *eaux*. La *face* était déjà un peu engagée sous l'arcade pubienne, et tellement tuméfiée, que ses parties molles me donnèrent au toucher la même sensation que celle produite par des anses du cordon. Bientôt mon doigt pénétra dans la bouche, et je sus dès lors à quoi m'en tenir.

Portant la main en arrière et contournant les os du crâne, je pus atteindre le *sommet*, qui était fortement refoulé en arrière et en haut, un peu incliné à gauche. Les douleurs expulsives étaient rares, peu énergiques et de courte durée ; ma main ne put en rien aider à la progression du travail. Heureusement, muni du forceps de M. le docteur Hamon, je remplaçai ma main par la branche gauche, qui, grâce à sa *courbure convenable*, embrassa si bien la tête, que je pus seconder les douleurs insuffisantes par des tractions modérées.

Un peu plus tard, je pus poser la branche droite, qui glissa d'avant en arrière pour embrasser la tête *asymétriquement* avec sa congénère, et me donna prise sur une plus grande surface. Je la fixai dans l'échancrure du support, et cela me permit, en assez peu de temps, d'amener le sommet hors de la vulve et de terminer l'accouchement.

J'ai conservé ainsi la vie d'un enfant qui, ayant le cordon très-fortement serré autour du cou, aurait succombé, je pense, si le travail fût resté confié aux seules forces de la nature.

Comme j'en ai trop souvent fait l'expérience depuis *vingt-cinq* ans, le forceps classique, à cause de la courbure insuffisante de ses cuillers, n'aurait pas pu me rendre le même service que le forceps asymétrique : la première branche eût glissé à la moindre traction, la seconde n'aurait pas pu s'articuler, à cause de l'*asymétrie* de position : je serais resté désarmé.

Les dix-sept autres applications ne m'ont pas offert de particularités assez saillantes pour que j'aie cru devoir en rédiger l'observation.

A l'exception du cas où j'avais affaire à une présentation de la face, c'était toujours l'inertie plus ou moins complète de l'utérus qui me forçait à recourir à l'usage du *rétroceps*.

Pendant vingt-cinq ans, je n'ai eu à ma disposition que le forceps classique, qui m'a donné de bons résultats et aussi quelques mécomptes.

Je fus appelé, il y a plus de vingt ans, près d'une femme qui avait eu un enfant. Le travail fut très-long ; j'eus recours aux bains et au seigle ergoté. La tête finit par s'engager assez pour me permettre l'application du forceps et l'articulation de ses branches ; les tractions vigoureuses que j'exerçai n'eurent pas d'autre résultat que de ramener *vides* les deux cuillers, dont la flexibilité avait permis l'écartement et le glissement. Après trois épreuves malheureuses, je fis appeler à mon aide mon honorable confrère, feu le docteur Joüet, d'Isigny. Cet habile médecin, après s'être assuré de la position de l'enfant, crut pouvoir attribuer mon insuccès à la faiblesse de mon forceps, et proposa d'employer le plus fort des deux qu'il avait apportés. Ce second forceps bien posé, bien articulé, nous fîmes soutenir la patiente par des aides valides, et nous réunîmes nos efforts, mon confrère et moi, pour délivrer cette pauvre femme : ce fut peine inutile ; le second forceps revint comme le mien, les cuillers *vides*. Nous dûmes ouvrir le crâne et le vider pour terminer l'accouchement.

Le travail achevé, nous constatâmes que notre échec était dû à une saillie considérable de la symphyse sacro-lombaire qui rétrécissait le bassin dans son diamètre sacro-pubien. Les suites de couches furent aussi heureuses qu'après un accouchement simple, et le rétablissement de cette femme s'accomplit en peu de jours.

Depuis que je possède le rétroceps, tenant compte des courbures si convenables de ses cuillers, de leur inflexibilité absolue, de la solidité de préhension que l'on obtient en fixant bien la branche basculante au moyen de la vis qui la commande, et basant mon

opinion sur les faits que j'ai observés et sur ceux qu'ont publiés MM. Hamon, Lambert et Phelippeaux, je suis pleinement convaincu que le rétroceps nous aurait évité la peine de recourir à la crâniotomie.

Dernièrement, j'eus recours au *rétroceps* pour débarrasser une jeune femme qui précédemment avait été accouchée à l'aide du forceps classique par feu Dansos, accoucheur justement renommé pour son habileté. Quand je revis cette jeune femme le lendemain de son accouchement, elle me dit combien elle était surprise que son enfant ne portât aucune trace des fers, lorsque son premier enfant, beaucoup moins gros que le second, avait offert des traces profondes de l'application du forceps. Cette remarque spontanée d'une femme intelligente et attentive me semble confirmer l'assertion du docteur Hamon, quand il affirme l'innocuité du rétroceps.

Sur dix-neuf accouchements terminés à l'aide du *rétroceps*, je compte *deux enfants* qui doivent la vie à cet instrument.

Quant aux dix-sept autres cas, il y en a plusieurs pour lesquels le rétroceps m'a fait au moins épargner de longues souffrances à la mère, parce que son articulation facile m'a permis d'agir, lorsque l'impossibilité d'articuler le forceps croisé m'aurait forcé d'attendre.

Mon unique but, monsieur le rédacteur, en vous priant de donner à cette note une place dans votre estimable recueil, est d'appeler de plus en plus l'attention de mes confrères sur les bons résultats qu'ils pourraient obtenir d'un instrument que je voudrais, dans l'intérêt de l'humanité, voir entre les mains de tous les accoucheurs.

Veuillez agréer, etc. E. Devaux, D. M. P.

Colombières, ce 18 novembre 1867.

BIBLIOGRAPHIE.

De la maladie charbonneuse de l'homme; causes, variétés, diagnostic, traitement; ouvrage appuyé sur une enquête médico-administrative, contenant la maladie observée chez l'homme et chez les animaux, et comprenant huit départements, avec cartes et pièces justificatives, par J.-J. Guipon, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin en chef des hôpitaux de Laon, ex-président du conseil central d'hygiène publique et de salubrité, médecin des épidémies, lauréat du Val-de-Grâce et de l'Académie impériale de médecine, etc., etc.

Après s'être concentrée sur quelques points de la France méri-

dionale ou centrale, la maladie charbonneuse, semble-t-il, a progressé vers le nord, et a frappé d'une manière plus ou moins grave un certain nombre de départements de cette zone qui jusque-là avaient été épargnés, ou tout au moins n'avaient été que sporadiquement effleurés par cette redoutable affection. C'est après avoir suivi avec attention la marche de la maladie charbonneuse dans cette seconde et douloureuse étape, qu'un médecin laborieux et instruit, M. le docteur Guipon, a cru devoir, à son tour, prendre la parole sur les nombreuses questions qu'implique cette redoutable affection, encore si voilée, et qu'il s'est efforcé d'y porter la lumière d'une patiente observation. Notre honorable confrère de Laon se félicite hautement du concours dévoué qu'il a trouvé presque partout autour de lui dans l'enquête sérieuse qu'il a lui-même provoquée, et dont il a pris la haute direction. Nul doute que ce ne soit là un des moyens d'arriver à la vérité, même sur des questions de cet ordre; mais ce moyen est-il le plus sûr? Nous en doutons. Bien de l'ivraie se mêle au bon grain dans cette moisson de faits recueillis de toutes mains: et, comme l'auteur lui-même n'a point tardé à le reconnaître dès les premiers pas qu'il a faits dans cette direction, quand c'est le pur intérêt de l'humanité et de la science qui pose les questions, ce sont quelquefois les préjugés, l'ignorance, l'égoïsme qui répondent. Bien des scories doivent donc se mêler aux parcelles d'or pur qu'on peut trouver en ces filons, et l'on se prépare ainsi un travail de docimasie difficile, où peut broncher l'esprit le plus fin et le mieux doué scientifiquement. Heureusement, Briarée de la science, la presse, qui ne chôme pas de nos jours, a la main partout, rien ne lui échappe; et ce que l'enquête ne donne pas, la science le *ravit*; et tôt ou tard, dans la mesure de ce que peut porter l'esprit humain, la vérité est conquise.

Il nous serait facile de prouver la légitimité des doutes que nous venons d'exprimer sur la sûreté du moyen d'investigation scientifique dont nous venons de parler, il nous suffirait pour cela de donner la parole à M. Guipon lui-même. Nous nous contenterons donc de renvoyer au résumé de cette enquête, tel que l'a présenté l'auteur, le lecteur qui voudrait s'édifier sur ce point, et passerons de suite à l'examen sommaire des parties plus rigoureusement scientifiques de l'ouvrage intéressant de notre savant confrère de Laon.

Monographie de la maladie charbonneuse de l'homme, on voit d'ici le plan stéréotypé suivant lequel cet ouvrage est conçu et exécuté; il est donc parfaitement inutile de l'exposer. Nous aimons

mieux, dans l'intérêt même du livre et surtout dans l'intérêt des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*, indiquer d'un trait rapide par quelles nuances la monographie de notre intelligent et laborieux confrère se distingue des principaux travaux relatifs à la même question, et faire ainsi pressentir quels sont les principaux enseignements qu'on y peut rencontrer.

Dans la pensée de M. Guipon, la maladie charbonneuse, sous quelque forme qu'elle se produise, pustule maligne, œdème malin, charbon symptomatique, fièvre charbonneuse, a son point de départ primitif nécessaire dans un virus spécifique qui, sous l'influence de causes encore mal déterminées, s'élabore dans l'organisme d'un certain nombre d'animaux. Le développement spontané de l'affection charbonneuse dans l'homme est nié formellement par l'auteur; il ne voit dans l'assertion contraire que l'expression de la difficulté qu'on rencontre souvent en étiologie contagieuse, quand il s'agit de saisir le lien qui rattache les cas morbides les uns aux autres. Bien que, dans cette façon de concevoir les choses, il fût dans l'intérêt de la théorie d'étendre plutôt que de restreindre les moyens de contact direct entre la source une de contamination et les individus, l'auteur ne laisse pas de révoquer en doute, quand l'expérience le lui commande, un des moyens de transmission le plus généralement accepté, à savoir la transmission par les mouches de diverses espèces qu'on a tour à tour accusées d'inoculer le mal à l'homme, après s'être chargées elles-mêmes du virus sur la dépouille des animaux charbonneux. Nous n'avons pas le droit de nous prononcer sur cette question; pourtant, quand nous voyons les hommes qui l'ont le plus étudiée, et de plus près et sur la plus large échelle, comme M. Raimbert, par exemple, qui, dans son livre et dans le résumé très-bien fait qu'il vient d'en publier dans le septième volume du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, pourtant, disons-nous, quand nous voyons des hommes aussi compétents, et pas plus disposés que d'autres à se courber sous le joug du préjugé, affirmer la réalité de cette cause d'une voix presque unanime, nous nous prenons à nous demander si M. Guipon ne s'est pas éloigné du but qu'il se proposait. Quoi qu'il en soit à cet égard, si le médecin de Laon se ferme de ce côté une source de contamination à la faveur de laquelle on s'est jusque-là rendu compte d'un bon nombre de faits, il trouve une large compensation à ce déficit étiologique, si nous pouvons ainsi dire, en faisant absorber le poison morbide à l'homme, dans certaines conditions, par les larges surfaces pulmonaire et intestinale.

C'est ainsi qu'il explique la transmission du virus morbide quand aucun traumatisme ne peut être invoqué qui ait servi de porte d'entrée au poison. De là le charbon symptomatique, la fièvre charbonneuse. Nous ne savons si, pour arriver à constituer cette unité, si largement compréhensive, notre savant confrère n'a point un peu confondu les choses; s'il n'a pas mis, par exemple, de simples anthrax graves sur le compte du virus charbonneux, complétement absent; nous ne savons surtout, quand la fièvre primaire manque et qu'elle n'apparaît qu'à une certaine époque du développement du mal, comment il explique ce silence de l'économie, qui ne réagit que quand celui-ci s'est localisé ; en deux mots, nous craignons qu'ici M. Guipon ne se soit laissé égarer par l'ambition d'une généralisation à laquelle la nature n'a pas songé. Nous engageons le lecteur à lire cette partie de l'ouvrage du médecin de Laon, qui n'est pas certainement la moins intéressante, bien que, d'après notre propre impression, la discussion, si bien conduite qu'elle soit, n'emporte pas l'assentiment.

La thérapeutique, qui nous importe surtout ici, est encore une partie du livre de notre honorable confrère qui est largement et très-judicieusement traitée. La méthode principale que l'auteur préconise et qu'il a lui-même plus d'une fois appliquée avec un éclatant succès, c'est celle dans laquelle la méthode de l'excision (il s'agit ici de la pustule maligne proprement dite, bien entendu) est combinée, dans une juste mesure, avec celle de la cautérisation. Ces deux méthodes, ainsi associées, nous paraissent, dans les cas qui les appellent, en y observant la mesure prudente qui est la règle de l'action de notre habile confrère, constituer la méthode la plus sûre, en même temps qu'elle est la plus rationnelle. L'excision prépare heureusement l'action du caustique, en même temps qu'elle en assure l'efficacité. Quand la maladie, même sous la forme de pustule maligne, c'est-à-dire de traumatisme virulent évident, se complique d'accidents internes graves, c'est alors que le danger est imminent, et que les médications les mieux combinées échouent souvent. M. Guipon n'a pas négligé ce côté de la question, et l'on peut également le consulter avec fruit sur ce point.

On sait que plusieurs auteurs, M. Raphaël (de Provins) et M. Vaillandet, entre autres, ont singulièrement préconisé deux moyens : les feuilles de noyer et l'encens, comme possédant une sorte de propriété abortive qui les rendrait précieuses dans une si

grave maladie. Avec une indépendance qui l'honore, car elle le met en contradiction avec un de ses plus zélés collaborateurs dans l'enquête dont nous parlions au commencement de cet article, M. Guipon rejette ces moyens, dont la puissance problématique lui paraît hors de proportion avec la gravité du mal qu'il s'agit de combattre. Nous venons de relire la brochure de M. Vaillandet, et nous nous rappelons qu'Aran, un de nos plus sagaces collaborateurs, fut moins sévère dans l'appréciation du moyen recommandé par ce savant et modeste médecin. Qu'en est-il réellement? nous ne savons; mais nous ne voyons rien d'irrationnel à supposer que des corps peuvent se rencontrer dans la nature qui, agissant sur certains virus par une sorte d'isomérisme, en modifient thérapeutiquement les propriétés sur l'organisme vivant, sans lui faire subir aucune transformation chimique. Mais ici comme toujours, mais surtout ici, c'est à l'expérience à prononcer.

L'auteur, qui suit avec zèle la marche de la science, ne manque pas de rappeler les recherches des micrographes pour s'éclairer sur la nature de la maladie charbonneuse. Il rappelle entre autres les recherches de M. Davaine, qui lui ont montré dans le sang des animaux atteints une altération que seul le microscope peut saisir. Allez, messieurs, allez aussi avant que vous le pouvez dans l'analyse de la maladie, la curiosité scientifique ne peut qu'applaudir à vos efforts; mais croyez-vous réellement avoir trouvé l'*alpha* et l'*oméga* des choses quand vous nous avez montré, sous le nom de *bactéridies*, des bâtonnets droits ou crochus nageant dans le sérum du sang d'un animal atteint de charbon? Outre que ces bâtonnets se trouvent ailleurs que là, et que, dans ces cas, ils sont évidemment un effet et non une cause, en quoi cette donnée toute physique peut-elle nous éclairer sur le processus morbide, sur la vie morbide, et nous conduire ou à la prévenir ou à la combattre? La morale que nous voudrions qu'on tirât de ceci, c'est qu'il faut admirer ces recherches, en ce qu'elles reculent pour l'œil le monde pathologique ou physiologique visible, et répondent à l'immense besoin de connaître qui fait le tourment et la gloire de l'homme; mais que la médecine pratique, la médecine qui a souci et charge des souffrances physiques de l'humanité, ne se fait pas ainsi, mais bien par les recherches cliniques, l'expérimentation vivante, telles qu'on en peut voir un lumineux spécimen dans l'ouvrage dont nous venons de parler.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Névralgie atroce de la langue; excision du nerf lingual; guérison. Parmi les névralgies des branches du nerf trijumeau, celle qui affecte isolément le nerf lingual est certainement l'une des moins communes; moins communément encore, par conséquent, ont été observés des cas où il ait fallu recourir à l'excision de ce nerf pour guérir la névralgie. L'observation suivante se recommande donc à l'attention, et par la rareté du moyen mis en œuvre, et par le succès dont son emploi a été suivi.

La femme Piva M***, soixante-quatre ans, vint, au mois de novembre 1862, consulter M. le docteur Vanzetti, chirurgien de l'hôpital de Padoue, pour dos douleurs qu'elle ressentait par accès dans la bouche et à la mâchoire inférieure, surtout lorsqu'elle mangeait, douleurs dont elle faisait remonter l'origine à une année environ, justement après une fluxion de la joue droite qui avait été suivie d'abcès. On diagnostiqua une névralgie, mais sans pouvoir déterminer son véritable siége, soit au nerf lingual, soit au dentaire inférieur, la malade ne désignant aucun point douloureux limité, et l'exploration d'ailleurs n'en découvrant pas non plus. Entrée à la clinique, on lui fit sous la muqueuse buccale une injection de sulfate d'atropine, à la suite de laquelle il y eut un soulagement considérable qui se prolongea huit jours. Mais, au bout de ce temps, les douleurs reparurent, et la malade, refusant de se soumettre à une nouvelle injection, quitta l'hôpital. Les douleurs continuèrent pendant toute l'année 1863 et prirent plus d'intensité encore au commencement de 1864, ce qui détermina la malade à se présenter de nouveau à la clinique de M. Vanzetti.

A ce moment, elle se préoccupait beaucoup d'une sorte de bride de la muqueuse buccale, placée près du frein de la langue, à laquelle elle rapportait toutes les douleurs qu'elle éprouvait. Cette bride fut coupée assez profondément d'un coup de ciseaux, après quoi toute douleur disparut, et la malade quitta de nouveau l'hôpital.

Elle y rentra pour la troisième fois le 9 mars 1866. Restée exempte de toute souffrance jusqu'à la fin de janvier précédent, elle avait été prise alors de sensations d'engourdissement et de picotement dans la moitié gauche de la langue, avec difficulté à parler et à manger, puis d'une douleur extrêmement vive qui s'étendait de la pointe de l'organe à tout son côté gauche, jusqu'au pilier correspondant. Cette douleur arrivait et devenait de suite intolérable quand la malade mangeait, buvait, parlait, en un mot, à chaque mouvement de la langue. La physionomie, l'attitude, les précautions minutieuses que cette pauvre femme prenait pour introduire les aliments et les boissons et pour les déglutir, l'insomnie à laquelle elle était en proie, tout dénotait chez elle une souffrance des plus cruelles. Jusqu'au 2 mai, malgré tous les moyens mis en œuvre, les douleurs allèrent toujours croissant, et s'étendirent à la joue, à l'oreille, au côté gauche du cou.

Ce fut alors que M. Vanzetti se décida à pratiquer la résection du nerf lingual. La langue saisie par un aide et maintenue tirée en dehors, à droite et en haut, le chirurgien fit une incision longue de 3 à 4 centimètres, commençant en arrière du pilier antérieur qui fut sectionné, et s'étendant d'arrière en avant, vers le côté gauche de la langue, dans la gouttière glosso-gingivale; la plaie fut creusée par des incisions successives jusqu'à ce que le nerf fût mis à découvert, et disséqué dans une étendue de 2 centimètres environ; alors, le soulevant avec un crochet mousse, M. Vanzetti le coupa d'abord vers sa racine, puis vers l'extrémité périphérique. Dès que le nerf eut été excisé, les douleurs cessèrent pour ne plus reparaître. Le lendemain, l'opérée pouvait manger, boire, parler sans douleur. Au bout de huit jours, la plaie était cicatrisée. Des informations reçues depuis la sortie de l'hôpital ont appris que les sensations tactiles et gustatives n'existent plus dans le côté gauche de la langue, mais que la névralgie n'a pas reparu. (*Gaz. des Hôp.*, 1868, nº 8.)

Emploi de l'électricité dans l'empoisonnement par l'opium. En 1846, la *Gazette médicale de Londres* publia le cas d'une

femme qui avait avalé d'un coup 30 grammes de laudanum, et qui, malgré des vomissements provoqués, tomba dans une insensibilité profonde dont ne purent la tirer le café, l'ammoniaque et les affusions froides sur la tête. Cet état durait depuis trois heures, lorsqu'on pensa à l'électricité : un des pôles d'un fort appareil électro-magnétique fut appliqué au front, et l'autre à la partie supérieure de la colonne vertébrale. Dès les premières secousses, l'état comateux commença à céder; la malade cherchait à éloigner les fils conducteurs; au bout d'une demi-heure, la connaissance était complétement revenue. Un second cas, absolument semblable, se présenta peu après, et le docteur van Holsbech en rapporte un troisième dans son *Compendium d'électricité médicale*, d'après le journal anglais *Lancet* : il s'agissait, cette fois, d'un enfant empoisonné par l'opium, chez lequel le docteur Bird entretint pendant plusieurs heures la respiration artificielle, au moyen d'une batterie galvanique, et qui ne tarda pas à se rétablir. Voici un quatrième cas, dû au docteur Yram : Une femme sujette à de violentes douleurs névralgiques, avait fait provision de pilules d'extrait d'opium, chacune de 5 centigrammes et, un jour, sous l'empire d'un vif chagrin, en avala dix à douze. Peu après, face pâle, cadavéreuse, yeux fixes, pupille contractée, insensible à la lumière, pouls petit et serré, respiration laborieuse, insensibilité complète. On donne 10 centigrammes de tartre stibié, qui provoquent d'abondants vomissements, et ensuite du café noir et une potion de tannin, mais sans avantage. On en était là depuis plusieurs heures, lorsque le docteur Yram, consulté, employa l'électricité en plaçant un pôle à la nuque et l'autre au périnée ; en un quart d'heure, l'amélioration était telle que la malade pouvait être regardée comme hors de danger; elle conserva une sorte d'hébétude pendant plusieurs jours. (*Annales de l'électricité.*)

Emploi des bandelettes de baudruche gommée comme topique chirurgical. Ce n'est pas seulement dans le traitement des brûlures que ces bandelettes rendent des services, ainsi qu'un article de M. Blondeau nous en a dernièrement offert des exemples. M. le docteur Bernadet, ancien interne de M. Laugier, rappelle avec raison que, depuis plusieurs années, l'éminent chirurgien a donné une extension plus vaste à ce mode de pansement dans les affections chirurgicales, telles que brûlures à divers degrés, angioleucites, phlegmons et érysipèles phlegmoneux.

M. Bernadet fournit immédiatement la preuve des résultats avantageux de ce moyen si simple, en rapportant succinctement des observations, au nombre de six, desquelles son efficacité ressort avec une évidence complète, savoir : deux cas d'érysipèle phlegmoneux, deux cas de brûlures étendues, du premier au troisième degré, et deux cas de lymphangite.

En ce qui concerne le soulagement dû au pansement, la rapidité en est vraiment remarquable. Dans le premier de ces cas, en effet, il y a soulagement notable au bout de vingt-quatre heures; dans les deuxième, troisième et sixième, il se manifeste après quarante-huit heures seulement; dans le quatrième, toute souffrance cesse après deux heures d'application de la baudruche; et dans le cinquième, l'amélioration produite le lendemain est considérable. Ainsi, de quelques heures à un ou deux jours, jamais davantage, tels sont les points extrêmes de rapidité entre lesquels le pansement en question détermine l'amélioration du phénomène douleur.

Relativement à la marche de la maladie, il n'a pas été fait d'expériences comparatives qui permettent d'attribuer à la baudruche gommée une influence curative supérieure aux autres pansements. Les moyens dont l'art dispose, médicaux ou chirurgicaux, ne peuvent empêcher que d'une façon relative l'évolution des produits morbides qui s'effectue au sein des tissus de l'organisme. Ils ne peuvent qu'aider la nature et l'empêcher de dévier, favorisant la résolution quand elle est encore possible, bornant l'étendue et les ravages de la collection purulente quand elle est inévitable, visant à la détersion rapide des foyers et aux réparations cicatricielles consécutives. Ces effets, qu'on obtient d'autres topiques, la baudruche gommée, dans les cas de la nature de ceux que nous avons spécifiés ci-dessus, paraît les procurer plus vite, plus sûrement, et d'une manière moins incommode pour les malades.

Ce sont là, certes, de puissants motifs pour adopter ce mode de traitement dans les cas qui s'y prêtent. Il faut y ajouter les suivants : la modicité du prix, l'innocuité complète, la

facilité qu'il y a à appliquer ce pansement et à le consolider par l'addition de nouvelles bandelettes quand cela devient nécessaire, la facilité aussi de l'enlever en l'humectant avec un peu d'eau tiède, la possibilité de voir à travers la baudruche ce qui se passe dans la partie malade, et, par conséquent, de découvrir immédiatement la complication et d'y remédier, etc. Mais il est inutile d'insister davantage : les praticiens auront assez d'occasions de reconnaître si ces éloges sont fondés. (*Gaz. des Hôp.*, 1868, nº 12.)

Angine de poitrine : nitrite d'amyle ; insuccès. A l'exemple de M. Lauder Brunton, dont nous avons consigné l'observation dans notre dernier fascicule, le docteur Hilton Fagge a essayé le nitrite d'amyle contre l'angine de poitrine, chez un malade de son service à l'hôpital de Guy ; mais il n'a pas obtenu les mêmes résultats avantageux, quoique les effets physiologiques du médicament se fussent produits.

Il s'agit, dans ce cas, d'un homme de cinquante ans, ne commettant aucun excès et n'ayant pas l'habitude de fumer, point qui mérite d'être noté, car il paraît incontestable, d'après les observations de M. Beau, que l'intoxication par le tabac joue un rôle important chez beaucoup de sujets dans le développement de l'angine de poitrine. Cet homme avait été atteint antérieurement de deux attaques épileptiformes, dont la dernière avait été suivie d'un peu de paralysie ; mais il s'en était bien rétabli, et depuis un an et demi sa santé avait été tout à fait bonne. La première fois qu'il eut des accidents semblables à ceux qui l'ont amené à l'hôpital, ce fut dans la nuit du 1er août dernier ; il se réveilla vers trois heures du matin, suffoquant et éprouvant une excessive douleur dans la région du cœur. Ces symptômes se calmèrent assez rapidement, mais en laissant après eux un sentiment de malaise qui a persisté jusqu'à la seconde attaque. Celle-ci s'est manifestée le 6 août, jour de l'entrée à l'hôpital, pendant que le malade montait un escalier : il lui semblait que son cœur cessait de battre, qu'il ne pouvait plus respirer et qu'il allait mourir ; en même temps une vive douleur se faisait sentir, qui s'irradiait dans le membre supérieur gauche jusqu'à l'extrémité des doigts. Cet accès se calma, mais fut bientôt suivi d'un second, et celui-ci de plusieurs autres, séparés seulement par de courts intervalles.

Au moment de l'entrée, et pendant qu'on portait le malade à son lit, il eut plusieurs accès se succédant avec rapidité : douleur intense, angoisse extrême, sensation d'étouffement portée au plus haut degré, sous l'influence de laquelle le patient s'accrochait, pour ainsi dire, aux bras des assistants ; face un peu congestionnée ; le pouls à 100 dans l'intervalle des accès, beaucoup plus fréquent pendant leur durée ; d'ailleurs, nul bruit anormal du cœur ; après l'attaque, respiration profonde et fréquente, hoquet, nausées, épuisement des forces.

Pendant le premier accès, dès que le malade eut été mis au lit, on lui fit respirer dix gouttes de nitrite d'amyle sur un mouchoir ; presque immédiatement la face se congestionna au point de devenir pourpre ; l'accès cessa peu de temps après, sans paraître avoir été influencé dans sa durée. Une nouvelle dose fut administrée en inhalations pendant la période de calme, et l'effet physiologique se manifesta en moins d'une minute par l'aspect congestionné de la face ; mais cela n'empêcha pas un nouvel accès de survenir presque aussitôt. Aussi parut-il à propos de ne pas continuer l'emploi du nitrite et de recourir à d'autres moyens (acétate de morphine et esprit d'ammoniaque composé), sous l'influence desquels les accidents disparurent dans l'espace de trois ou quatre jours.

Ainsi, dans ce cas, le nitrite d'amyle, administré deux fois, au moment où se produisait un accès, puis dans une période de calme, n'a amené d'abord aucun soulagement, et la seconde fois n'a pu prévenir le retour du mal, malgré la production manifeste des effets physiologiques. L'efficacité de ce médicament dans l'angine de poitrine est donc une question qui reste à étudier. (*Lancet*, 31 août 1867.)

Extraction d'un corps étranger ayant séjourné six mois dans une des fosses nasales chez un enfant. Les remarques que nous faisions dernièrement à propos des corps étrangers chez les enfants trouvent encore leur application dans le cas suivant :

Il s'agit d'une petite fille de six ans, qui fut présentée, en mai 1865, à M. Smith, à la consultation de l'hôpital Saint-Barthélemy et des Enfants. Elle présentait un écoulement puru-

lent par une des narines, qui était tout à fait imperméable à l'air, et eu même temps une tuméfaction considérable du nez du même côté, avec obstruction du canal lacrymal. Ces symptômes remontaient à six mois et depuis quelque temps avaient de beaucoup augmenté de gravité. En examinant à travers l'orifice de la narine, on apercevait quelque chose qui donnait au toucher une sensation de mollesse, et était recouvert de mucosités purulentes: cela avait toute l'apparence d'un polype. Après avoir chloroformisé la petite malade, M. Smith introduisit une curette, à l'aide de laquelle il put extraire une grosse graine de légumineuse, de l'espèce vulgairement appelée *haricot d'Espagne*. La mère se souvint alors que sa fille avait, dans les premiers jours du mois d'octobre précédent, cueilli de ces haricots dans le jardin. Ainsi, suivant toutes probabilités, d'après l'époque où les accidents avaient commencé à se montrer, l'introduction du corps étranger dans la fosse nasale ne datait pas de moins de six mois. Sous l'influence de la chaleur et de l'humidité, la graine s'était gonflée et avait éprouvé un commencement de germination, comme le prouvait la plumule déjà sensiblement développée. (*British medical Journ.*, 14 déc. 1867.)

Coccyodynie ; opération ; guérison. Sir J. Simpson a décrit, sous ce nom, une affection douloureuse du coccyx, assez rare, qui peut se rencontrer dans le sexe masculin, et alors la cause n'en est pas toujours facile à déterminer, mais qu'on observe le plus ordinairement chez les femmes, à la suite de l'accouchement. La douleur, nulle ou supportable pendant le repos, se fait sentir, souvent avec une extrême intensité, au moment où le malade s'assied ou reste dans la position assise, quand il se lève, quand il marche, dans tous les mouvements produits par l'action des muscles qui sont en connexion avec le coccyx, et notamment, au moment de la défécation, lorsque le sphincter et le releveur de l'anus viennent à se contracter. Quant au traitement, le même auteur recommande, pour les cas rebelles, une opération qui consiste essentiellement dans la division sous-cutanée de toutes les fibres musculaires et aponévrotiques s'insérant sur le coccyx. Cette opération, qui n'est pas toujours suivie de succès, a très-bien réussi à M. Bryant dans un cas que nous avons rapporté (t. LIX), et tout récemment à M. le docteur Kidd, dont voici l'observation abrégée :

Jeune femme accouchée pour la première fois en juin 1866, à la suite d'un travail qui se prolongea au delà du temps ordinaire, par l'effet de la longueur et de la résistance du périnée. Tout alla bien d'abord, jusqu'au moment où la malade se leva et commença à marcher; elle ressentit alors une vive douleur dans la région coccygienne, ayant tous les caractères décrits par Simpson. L'utérus, ses annexes, le rectum, ne présentaient rien d'anormal; mais il existait de la tuméfaction au niveau de l'articulation du coccyx et du sacrum, et la pression sur ce point y excitait une vive douleur. Tous les moyens mis en usage, repos sur un canapé, emploi d'un coussin à air, topiques divers, étant restés inefficaces, et la santé générale, sous l'influence de la douleur, commençant à s'altérer, M. Kidd proposa l'opération, qui fut acceptée avec empressement.

Le 30 mars dernier, après avoir anesthésié la partie à l'aide de l'éther pulvérisé, le chirurgien introduisit vers la pointe du coccyx un ténotome à lame longue et étroite, et, l'ayant porté à plat jusqu'à la base de l'os, le long de son bord droit, il en tourna le tranchant perpendiculairement aux tissus qui s'attachent à ce bord et les divisa d'arrière en avant; puis, ayant ramené l'instrument vers le sommet de l'os et divisé les fibres qui s'y insèrent, il pratiqua sur son bord gauche, sans retirer l'instrument, la même division qu'il avait déjà faite sur le droit. Quelques gouttes de sang seulement s'échappèrent par la petite plaie; mais il se fit sous la peau une hémorrhagie assez considérable, qui fut suivie de tuméfaction inflammatoire. Ces accidents ne furent pas d'ailleurs de longue durée, et, quand ils eurent disparu, la malade reconnut, à sa grande satisfaction qu'elle était délivrée de sa douleur. Celle-ci, au moment où l'observation a été publiée, ne s'était pas reproduite, et tout donnait lieu d'espérer que la guérison serait définitive. (*Med. Press and Circular*, juin 1867.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Des pointes métalliques et de leur application dans les cas de pseudarthrose. Ce point de thérapeutique chirurgicale a été l'objet d'une communication faite par M. Ollier à la Société de chirurgie, et dont voici l'analyse :

Depuis trois ans, dans sept circonstances différentes, M. Ollier a appliqué au traitement des fractures la pointe métallique de Malgaigne, ou un autre appareil du même genre. Celui-ci, basé sur la même idée fondamentale, offre cette différence, que la pointe, mobile dans tous les sens, peut être portée dans toutes les directions, et est applicable, par cela même, à tous les genres de fractures. Il est essentiellement composé de deux tiges verticales réunies par une tige horizontale, le long de laquelle court la pointe qui peut être inclinée dans toutes les directions. Les tiges verticales elles-mêmes, qui sont solidement fixées par de fortes griffes à une gouttière quelconque, peuvent être plus ou moins inclinées par rapport à l'axe de la gouttière.

Au début de sa pratique, M. Ollier avait une certaine répugnance contre la pointe métallique ; il pensait qu'avec les moyens ordinaires on pouvait remédier, par des combinaisons variées, à toutes les espèces de déplacement dans les fractures du tibia. Mais depuis, n'ayant pu obtenir, par ces moyens, que des résultats imparfaits dans un certain nombre de cas, il se décida à se servir de la pointe de Malgaigne, et il lui a reconnu une innocuité parfaite et de très-réels avantages. Il la considère, depuis qu'il en a fait l'expérience, comme le meilleur moyen de pression, toutes les fois qu'il faut presser fortement sur un fragment. Traversant les parties molles, elle n'agit que sur l'os, sans amener de mortification et en ne causant que peu de douleur, tandis que les appareils qui agissent sur une surface même limitée ont les graves inconvénients, ou d'être inutiles, si la pression est faible, ou si elle est forte, d'occasionner de vives douleurs et d'amener une mortification de la peau.

Outre les cas de fractures obliques du tibia où l'habile chirurgien lyonnais, à l'exemple de Malgaigne, a eu recours avec avantage à la pointe métallique, il l'a employée, avec les meilleurs résultats, dans un cas de pseudarthrose, sur une région où elle n'a pas été mise en usage jusqu'ici, à savoir sur le corps du fémur lui-même.

Il s'agit d'une fracture de la partie moyenne du fémur qui, après trois mois de traitement, ne présentait pas de traces de consolidation. Les deux fragments étaient mobiles et ne pouvaient être rapprochés que par une forte pression sur le supérieur qui faisait saillie en dehors. M. Ollier appliqua d'abord un très-solide bandage amidonné, avec deux couches de fort carton; puis une fenêtre ayant été pratiquée au niveau de la fracture, il enfonça la pointe contre l'os, et, en pressant contre le fragment supérieur, il le fixa solidement contre l'inférieur. La pointe resta un mois en place, sans qu'il y eût d'inflammation appréciable, et ce temps écoulé, quand il enleva l'appareil, il eut la satisfaction de voir que les deux fragments étaient unis l'un à l'autre. Il a laissé, du reste, le bandage amidonné, afin de permettre à la consolidation de se compléter.

Outre l'avantage de rapprocher les fragments et de les immobiliser parfaitement, M. Ollier pense que la pointe métallique concourt encore autrement à la réunion, en augmentant par sa présence l'irritation formative dans les tissus du cal. Elle lui paraît donc, en un mot, pouvoir être appliquée, au moins comme première tentative, dans les cas où la consolidation est retardée et où une véritable pseudarthrose menace de s'établir. (*Soc. de chir.*, 28 décembre 1867.)

Traitement des végétations vulvaires et anales par l'acide acétique. On sait combien souvent on a de la peine à faire disparaître les végétations qui se développent chez la femme, soit à la vulve, soit à la marge de l'anus et dans le sillon interfessier. La douleur est tellement vive quand on emploie l'instrument tranchant, que l'on se sert du chloroforme pour pouvoir en faire l'ablation. Un cas de mort, dans des circonstances pareilles, a été communiqué à la Société de chirurgie. Ce procédé n'est donc pas sans danger.

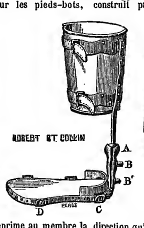
Le docteur Blachez ayant à soigner une dame arrivée à l'âge de la ménopause, qui avait des végétations sessiles assez exubérantes pour produire une abondante suppuration, essaya de la ligature, mais les végétations repullulèrent. Il tenta une poudre caustique, l'alun et la sabine, mais il ne

fut pas plus heureux. Il pensait à l'excision, lorsque l'idée lui vint d'employer l'acide acétique deux fois par jour, matin et soir, pendant deux à trois jours; il se développa une inflammation assez vive; cependant la malade ne fut pas obligée de s'aliter, et la disparition des végétations fut très-rapide; il ne reste plus que deux petites plaques qui vont disparaître à leur tour, et rapidement. (*Société de médecine de la Seine.*)

Appareil pour les pieds-bots. M. Béclard met sous les yeux de l'Académie un nouvel appareil pour les pieds-bots, construit par MM. Robert et Collin sur les indications de M. le professeur Nélaton.

Cet appareil est basé sur une nouvelle disposition d'attelles verticales postérieures, dont la brisure se trouve au niveau de l'articulation calcanéo-tibiale A, ce qui permet d'appliquer l'appareil à l'un ou l'autre pied indifféremment.

Le pied étant fixé sur la semelle C D au moyen d'un bas lacé, muni d'un nouveau système de courroies compensatrices en tissu C' D', le chirurgien



imprime au membre la direction qu'il juge convenable et l'immobilise dans l'appareil par un simple tour de vis B et B'.

Les courroies C' et D' correspondent aux boucles C D fixées sur la semelle en dedans et en dehors. A sa simplicité, cet appareil joint l'avantage de ne point toucher les malléoles, qui ordinairement sont froissées dans tous les systèmes à attelles latérales. (*Acad. de méd.*)

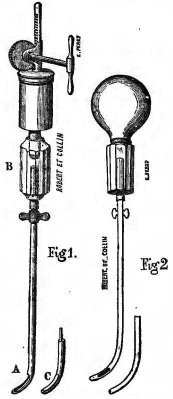
Aspirateur des détritus lithiques. M. Béclard met sous les yeux de l'Académie un nouvel instrument construit par MM. Robert et Collin, sur les indications de M. Nélaton, pour l'aspiration des détritus lithiques dans la vessie après la lithotritie. Cet instrument se compose de trois pièces :

1° Une sonde à bec plat en forme de cuiller de brise-pierres, ayant son ouverture A sur la concavité au-dessus du talon. Cette disposition empêche la muqueuse de faire soupape. C sonde avec son mandrin.

2° D'une pompe aspirante et foulante à crémaillère et d'un grand pignon muni d'une clef en T pour imprimer les mouvements.

3° D'un vase intermédiaire en verre B percé aux deux bouts, l'un pour recevoir l'extrémité manuelle de la sonde, l'autre pour recevoir la douille de la pompe garnie d'un tamis en toile métallique pour arrêter les graviers. En imprimant un mouvement au piston, on aspire une colonne de liquide qui entraîne avec elle des détritus lithiques qui tombent dans la partie la plus déclive du vase, et ne peuvent plus retourner dans la vessie par une nouvelle injection. Cette manœuvre, répétée un certain nombre de fois, aspire avec un courant d'eau les fragments assez petits pour s'engager dans le tube aspirateur, et l'on évite ainsi les introductions répétées d'instruments sou-

vent nécessaires pour extraire les fragments de pierre chez certains sujets ayant une grosse prostate ou une paralysie de la vessie. M. Nélaton a appliqué cet instrument à une personne



qui, ayant un très-gros calcul, en a été débarrassée en sept séances.

Aucun gravier n'est sorti par l'urèthre, dans l'intervalle des séances de lithotritie. (*Acad. de méd.*)

Traitement des tumeurs érectiles par l'énucléation. Les tumeurs érectiles, a écrit M. Cruveilhier (*Anat. pathol. gén.*, t. III, p. 887), peuvent se diviser en deux catégories bien distinctes, et cette distinction est fondamentale : les unes sont douées d'une faculté d'envahissement illimitée; les autres, au contraire, ne dépassent pas leurs limites de circonscription. Cette différence résulte de l'absence ou de la présence d'un kyste de circonscription.

C'est sur la présence d'un tel kyste que M. Pridgin Teale fonde sa proposition d'extirper par énucléation un certain nombre de *nævi materni*, proposition faite par lui dans un mémoire communiqué à la Société royale médicale et chirurgicale de Londres. A l'appui, il rapporte trois cas dont voici l'analyse :

I. Petite fille de quatre mois. Nævus augmentant rapidement de volume, mesurant trois pouces sur quatre, situé dans la région parotidienne droite, en grande partie sous-cutané, mais comprenant aussi la peau au voisinage du lobule de l'oreille, dans une étendue d'une demi-couronne. Enucléation en octobre 1865, avec conservation de la peau, tant dans sa partie affectée que dans sa partie saine, afin d'en recouvrir la plaie. Il fallut un soin extrême pour disséquer la capsule, surtout à sa face profonde, qui pénétrait si avant que la veine jugulaire interne fut mise à nu dans une étendue d'un demi-pouce et que le doigt put être porté jusque sur l'apophyse styloïde. Guérison rapide.

II. Petite fille de sept mois. Nævus augmentant rapidement de volume, entièrement sous-cutané, situé à la région parotidienne gauche, et présentant avant l'opération une dimension de quatre pouces sur trois et demi. Enucléation en janvier 1865 : séparation facile d'avec les tissus environnants, presque sans se servir du bistouri, à la face profonde de la tumeur aussi bien qu'au voisinage de l'incision. L'enfant retourna dans sa famille au bout de dix jours, en pleine convalescence. Malheureusement elle fut prise peu après d'une scarlatine, dont elle mourut.

III. Petite fille de cinq mois. Nævus du volume d'une noix, principalement sous-cutané, à la région parotidienne droite, énucléé en mars 1864. L'enfant succomba le cinquième jour à une laryngite striduleuse, dont elle avait eu plusieurs accès depuis quelques semaines avant l'opération.

Les tumeurs énucléées ont été mises sous les yeux des membres de la Société, ainsi que les photographies des deux premières petites malades, prises après leur guérison.

Un point que recommande M. Teale dans cette opération, c'est de conserver avec soin la peau affectée, dans les cas où le nævus en a envahi une par-

tie, afin de la faire servir, de même que la peau saine, à recouvrir la plaie ; car plus tard, affirme-t-il, cette portion du tégument, grâce au travail cicatriciel, reprend partout son aspect normal.

Cette méthode de traitement des tumeurs érectiles présente certainement des avantages pour les cas auxquels elle est applicable. La difficulté est de discerner ces cas d'une manière certaine ; et, en supposant la présence d'un kyste dûment reconnue au préalable, on voit par le premier de ces trois faits que, dans certaines régions au moins, l'opération est bien délicate et n'est pas exempte de danger. (*Lancet*, 16 mars 1867.)

VARIÉTÉS.

L'Association des médecins de la Seine a tenu son assemblée générale dimanche, 26 janvier, sous la présidence de M. Barth, premier vice-président.

M. Louis Orfila, secrétaire général, a donné lecture du compte rendu de l'exercice de 1867. Voici quelques chiffres que nous empruntons à ce compte rendu et qui feront connaître la situation financière de l'Association.

Elle a consacré à l'assistance une somme de 25,270 francs, divisée en deux parts : l'une de 7,400 francs en secours à des sociétaires, et l'autre de 11,640 francs répartie entre les veuves et les enfants de sociétaires.

Les recettes ont été de 55,212 fr. 70 c. Les cotisations et admissions entrent dans ce chiffre pour 19,997 francs. Les dons et legs s'élèvent à la somme de 22,501 fr. 80 c.

Voici le tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1867 :

RECETTES.

Fonds de secours 25,940 90	Rente 3 pour 100	12,713 90
	Cotisations (portion du fonds de secours)	13,227 »
Fonds de secours 30,245 90	Admissions et cotisations (portion du fonds de réserve)	6,770 »
	Dons et legs	22,501 80
	Reliquat de l'année 1867	974 10
	Total	56,186 80

DÉPENSES ET EMPLOI.

Secours à onze sociétaires et à vingt veuves ou enfants de sociétaires	19,040 »
Secours à vingt-cinq personnes étrangères à l'Association	4,250 »
Recouvrement des cotisations	400 »
Frais d'impression, des ports, etc.	1,138 30
Achat de 1,300 francs de rente 3 pour 100	29,987 50
Total	54,795 80

BALANCE.

Recettes	56,186 80
Dépenses	54,795 80
Reste	1,391 »

L'assemblée a procédé, dans cette séance, au renouvellement partiel de son bureau, par la nomination d'un président et de deux vice-présidents.

Ont été nommés :

Président pour l'année 1868, M. Nélaton ;

Vice-présidents, MM. Barth et J. Béclard.

En conséquence, le bureau est composé, pour l'année 1868, ainsi qu'il suit :

Président, M. le professeur Nélaton ;

Vice-présidents, MM. les docteurs Barth et Béclard ;

Secrétaire général, M. le docteur Orfila ;

Trésorier, M. le docteur L. Genouville ;

Président honoraire, M. le baron P. Dubois.

Conseil judiciaire : Me Paillard de Villeneuve, avocat à la Cour impériale, et M. Sebert, notaire.

La Société protectrice de l'enfance a tenu sa troisième séance annuelle, le 2 de ce mois, au Conservatoire des arts et métiers. L'affluence était si grande,

que l'ampbithéâtre n'a pu contenir tant de monde; ce qui prouve combien le public s'intéresse à cette œuvre, si utile et si riche d'avenir.

M. le docteur Barrier, président, a ouvert la séance par une allocution vivement applaudie, puis est venu le secrétaire général, docteur Alex. Mayer, qui a rendu compte des travaux et de la situation de la Société. De ce document il résulte que l'institution est en voie de progrès et que l'élan est donné en France et à l'étranger pour la propagation des Sociétés protectrices de l'enfance dans les grands centres de population.

Un intéressant rapport sur la question de l'allaitement maternel a été lu par M. le docteur Despaulx-Ader. Le prix de 500 francs a été accordé à M. le docteur Brochard, de Bordeaux. Des médailles ont été décernées à MM. les docteurs Gyoux, de Saint-Jean d'Angély; Devalz, de Sainte-Foy, et Chouippe, de Maisons-Alfort. MM. les docteurs Chatelain, de Lunéville; Chassinat, d'Hyères, et Bernard, d'Aix, ont obtenu des mentions honorables.

Enfin, la Commission des récompenses aux nourrices a fait son rapport par l'organe de M. le docteur de Ranse, dont le remarquable travail a obtenu les suffrages unanimes de l'assemblée. Des applaudissements répétés ont accueilli la proclamation des noms suivants:

Premier prix (200 francs): A Mme Abel Hély, de Gouverues (Seine-et-Marne);

Deuxième prix (100 francs) *ex æquo* : A MMmes Houdry, à Saint-Augustin (Seine-et-Marne); Lebougault, à Lommoye (Seine-et-Oise); Gallois, à Ouroux (Nièvre).

Mentions honorables avec 50 francs : A Mme Bouvier, à Vinneuf (Yonne); à Mme Vallon, à Montigny-Lencoup (Seine-et-Marne).

Mentions honorables (Médailles): A MMmes Canault, à Lorrez-le-Bocage (Seine-et-Marne); Cunières, à Asnières; Bourrellier, à Beynes (Seine-et-Oise), et Chevillot, au Tremblay (Seine-et-Oise).

Par arrêté ministériel, à la date du 18 janvier, M. le docteur Batut, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la même chaire en remplacement de M. le professeur Estèvenet; M. le docteur Ripoll est nommé professeur adjoint de clinique chirurgicale en remplacement de M. le docteur Batut, nommé professeur titulaire.

Avis relatif au Dictionnaire hydrographique de la France. — Depuis la première publication du mémoire de MM. Boutron et Boudet sur l'analyse hydrotimétrique des eaux douces, il a été placé un nombre considérable d'exemplaires des trois éditions de ce mémoire et fabriqué une quantité correspondante d'hydrotimètres. On doit en conclure que beaucoup d'eaux potables de fleuves, rivières, sources et puits ont été étudiées par le procédé ingénieux de MM. Boutron et Boudet.

Or, il n'a été publié qu'un nombre relativement très-minime d'observations hydrotimétriques. Occupé des travaux préliminaires qu'exige la rédaction d'un *Dictionnaire hydrographique de la France*, je trouverais un puissant concours dans l'envoi des essais hydrotimétriques encore inédits, auxquels se sont certainement livrés beaucoup de médecins, de pharmaciens et de chimistes.

En conséquence, je viens prier tous ceux qui ont recueilli, soit des essais hydrotimétriques, soit des analyses d'eaux douces ou potables, de vouloir bien m'adresser leurs résultats; ils seront insérés sous leur nom, dans le *Dictionnaire hydrographique de la France*, à la rédaction duquel je me consacre depuis plusieurs années dans un intérêt purement scientifique.

Robinet, membre de l'Académie de médecine.

Banquet des internes. — Le banquet des internes en médecine et chirurgie des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi gras, 22 février, à six heures, dans les salons du *Grand-Véfour* (Palais-Royal). — Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

On est prié de remettre sa cotisation, avant le 20 février, à l'interne économe de la salle de garde, dans chaque hôpital, ou à l'un des membres de la commission permanente :

MM. Denonvilliers, président; Tillot (Emile), secrétaire; Béhier, Guersant, Hardy, Bouchut, Piogey, Martineau, Horteloup fils, Damaschino, Dieulafoy, Blache fils.

Pour les articles non signés. F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du Veratrum viride et de son action physiologique et thérapeutique (¹) ;

Par le docteur OULMONT, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Parmi les médicaments antipyrétiques, c'est-à-dire qui exercent une influence directe sur la circulation et la calorification, il en est peu qui aient été aussi vantés, dans ces derniers temps, que le *Veratrum viride* ou ellébore d'Amérique. Les médecins américains le regardent comme un médicament extrêmement précieux, et ne sont pas éloignés de le considérer comme un spécifique dans les maladies inflammatoires fébriles et en particulier dans la fièvre puerpérale. En Allemagne, où il commence à être connu, on l'étudie avec curiosité et intérêt. Il m'a paru qu'en France, où il est à peu près ignoré, nous ne pouvions pas rester en arrière, et qu'il fallait aussi apporter notre contribution à l'étude du médicament nouveau.

J'ai dit que le *Veratrum viride* était peu connu en France; il n'en est, en effet, question dans aucun traité de matière médicale ou de thérapeutique avant les années 1856 ou 1857; et déjà, à cette époque, il était fort employé en Amérique dans le traitement de la pneumonie aiguë, du rhumatisme, et en particulier des fièvres traumatique et puerpérale. C'est M. le docteur Jacquemier qui, le premier, en 1857, en a parlé dans la *Gazette hebdomadaire*, à l'occasion d'un mémoire de M. Barker sur la fièvre puerpérale. M. Jacquemier avait été frappé des beaux résultats obtenus dans cette redoutable maladie par le *Veratrum viride*; et, tout en restant dans une certaine réserve, il ne put méconnaître le haut intérêt qu'il y aurait à être fixé sur la valeur de ce médicament.

En 1863, M. Bouchardat, dans son *Annuaire de thérapeutique*, lui consacre quelques pages qui sont l'analyse d'un mémoire du docteur Cutter (de Cambridge), en Amérique. Celui-ci avait constaté les effets du médicament sur la respiration et la circulation; il avait remarqué la prostration extrême qu'il produit, en ajoutant toutefois que, malgré son activité, il n'existait pas, à sa connaissance, de cas authentique d'empoisonnement mortel. M. Cutter, dans son travail, qui paraît très-complet, avait déjà constaté que le principe actif du *Veratrum viride* n'était pas le même que celui du *Vera-*

(¹) Mémoire lu à l'Académie de médecine le 24 décembre 1867.

trum album. Les deux *Veratrum* diffèrent par un point essentiel, c'est que la vératrine produite par le *Veratrum album* est reconnue comme un purgatif drastique, tandis que le *Veratrum viride* purge rarement. J'appelle, dès à présent, l'attention sur ce caractère différentiel signalé par le médecin américain, parce que j'aurai moi-même plus tard à faire ressortir la différence du mode d'action des deux *Veratrum*.

Le *Veratrum viride* restait néanmoins, sinon ignoré en France, au moins tout à fait inemployé, lorsque j'eus connaissance d'un mémoire très-bien fait, publié à Wurtzbourg en 1866 par le docteur Théodore Kocher, intitulé : *Du traitement de la pneumonie fibrineuse par les préparations de Veratrum*. Ce travail est basé sur soixante observations de pneumonie franche traitées exclusivement par la résine de *Veratrum viride*, à la clinique de Berne, par le professeur Biermer. Les résultats annoncés étaient surprenants. Le médicament, administré aux malades dès le début de la pneumonie, amenait, quelquefois au bout de quatre heures, et en moyenne au bout de huit heures et demie, une chute complète de la fièvre. Le pouls tombait de 40 et même de 60 pulsations, et la température baissait de 2 à 3 degrés. Le médicament était toujours administré à la dose d'un sixième de grain pris toutes les heures, et continué, soit jusqu'à l'abaissement du pouls et de la température, soit jusqu'à la production de nausées et de vomissements. Le pouls et la température étaient notés toutes les heures. La mortalité a été de 8,3 pour 100, c'est-à-dire inférieure à celle qui suit les autres méthodes de traitement; et, sur 25 cas dont le début avait pu être fixé avec exactitude, 21 ont été guéris dans les six premiers jours de la maladie.

Ces résultats, qui semblaient douer le *Veratrum viride* de la propriété de faire avorter la pneumonie, me parurent tellement extraordinaires, que je résolus d'expérimenter ce médicament, de juger de son action, de sa valeur, et de réduire à de justes proportions l'enthousiasme qu'il semblait exciter au delà des mers. Je pus me procurer une petite quantité de teinture de *Veratrum viride* à la pharmacie Swann. Le docteur Jacquemier mit à ma disposition un autre flacon de cette même teinture, qu'on lui avait envoyé d'Amérique pour l'encourager à l'employer dans la fièvre puerpérale. Malheureusement, aucune de ces teintures n'était dosée ni titrée, et j'ignorais la quantité de partie active qu'elles renfermaient. Je l'administrai néanmoins à quelques malades de mon service atteints de maladies inflammatoires fébriles, pneumonie, pleurésie,

rhumatisme articulaire aigu. Je débutai par de faibles doses, de 9 à 12 gouttes par jour à prendre en quatre fois. Les effets obtenus ne furent pas d'abord très-marqués ; la défervescence survint, mais avec lenteur, et sans aucun des caractères de soudaineté et de promptitude qui avaient été indiqués par Kocher. Je pus remarquer toutefois que l'action du médicament était plus accentuée et plus nette dans la pneumonie que dans la pleurésie et le rhumatisme articulaire. Je résolus alors d'augmenter la dose du médicament, et de la porter à 16 et 24 gouttes à prendre en quatre fois de trois en trois heures.

Deux nouveaux cas de pneumonie furent soumis à ce mode de traitement. L'un était une jeune malade âgée de vingt-six ans, atteinte d'une pneumonie aiguë du sommet datant de deux jours et au deuxième degré, qui avait débuté par des frissons, un point de côté, etc. Les symptômes locaux étaient bien caractérisés, le pouls était à 112, et la température à 40 degrés. Dès le lendemain, et après que la malade eut pris 16 gouttes de teinture de *Veratrum viride*, le pouls tomba à 60, la température à 38 degrés, et la pneumonie entra en résolution.

Le second fait fut plus significatif encore. Il s'agissait d'une jeune fille âgée de seize ans, atteinte d'une maladie du cœur avec les symptômes de l'asystolie la plus prononcée. Elle avait de plus un épanchement pleurétique à gauche. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade fut prise de frissons, de point de côté, etc., et l'on trouva une pneumonie aux premier et deuxième degrés au sommet du poumon droit. La fièvre était vive; le pouls marquait 120 et la température 39 degrés. Bien que, à raison de la maladie grave antérieure, le cas me parût à peu près désespéré, je fis néanmoins administrer la teinture de *Veratrum viride* à la dose de 24 gouttes. Dès le lendemain (la pneumonie était au troisième jour), il y avait une notable amélioration; le surlendemain, le pouls était à 76 et la température à 37 degrés. Les symptômes locaux de la pneumonie, qui n'avaient pas été modifiés, allèrent en décroissant, et au bout de quelques jours ils avaient disparu.

De tels résultats étaient de nature à encourager mes recherches. Mais, avant de les poursuivre, il me parut absolument nécessaire de m'assurer de la qualité et de l'action des médicaments que j'avais à ma disposition, et de les expérimenter sur les animaux avant de continuer mes recherches sur l'homme. Ce n'était pas sans une certaine anxiété que j'avais administré à mes malades une substance active, évidemment toxique, sans savoir exactement dans quelles

limites, au point de vue des doses, il m'était permis de me mouvoir. J'ai déjà dit que je ne possédais qu'une teinture de *Veratrum viride* dont le titre et le dosage m'étaient inconnus. Je n'avais pu me procurer ce médicament dans aucune des pharmacies de Paris; quelques échantillons qui m'avaient été fournis étaient, les uns d'une authenticité douteuse; les autres étaient manifestement des rhizomes de *Veratrum album*. Dans ces conditions, je me déterminai à demander au docteur Kocher (de Berne) lui-même du *Veratrum viride* authentique. Grâce à l'obligeance du docteur Fluckiger, directeur de la pharmacie de l'Etat de Berne, je pus voir et étudier le *Veratrum viride* et ses rhizomes, et me procurer deux extraits, l'un pur, l'autre privé de vératrine par de fréquents lavages acidulés, et enfin deux teintures exactement titrées et dosées.

Ces médicaments m'ont servi à instituer une série d'expériences sur les animaux, expériences qui avaient surtout pour but de bien me fixer sur l'action physiologique et thérapeutique du médicament, et de déterminer d'une manière aussi précise que possible les doses au delà desquelles on pouvait produire des effets toxiques. Il n'entrait pas dans ma pensée d'étudier l'action du *Veratrum viride* au point de vue de la physiologie pure. Je dois laisser de côté cette étude, étrangère à mon travail; mais j'espère montrer aux physiologistes qu'elle est digne de tout leur intérêt. Mon but était plus simple. Armé d'un médicament d'une action puissante, mais inconnue pour moi, j'ai voulu, avant de l'administrer à l'homme, connaître les effets qu'il produisait sur les animaux à doses progressivement croissantes, et savoir ainsi jusqu'où il me serait permis d'aller sans avoir des accidents à redouter. Je sais bien que l'action des médicaments est variable, selon les espèces animales auxquelles on les a administrés, et que des effets produits sur certains animaux il n'est pas toujours permis de conclure à des effets analogues sur l'homme. Aussi je n'attachais à mes expériences qu'une valeur relative, n'y voyant qu'une base, un point de départ pour mes recherches sur l'homme. Mais cette valeur s'est singulièrement accrue quand j'ai vu mes résultats pleinement confirmés par l'expérimentation sur l'homme. Sur l'homme sain, comme sur l'homme malade, les effets du *Veratrum viride* sont parfaitement analogues à ceux qui sont produits sur les animaux; et je dois ajouter que l'expérimentation clinique n'a pas été ici non plus en désaccord avec les expériences physiologiques.

Dans cette première partie de mon travail, j'exposerai les résultats de mes expériences sur les animaux et de celles qui ont été

faites sur l'homme sain, et je réserverai la partie clinique pour une publication ultérieure.

Les animaux qui ont servi à mes expériences ont été d'espèces diverses, d'abord des grenouilles, plus tard des animaux à sang chaud, des lapins et des chiens. Pour éviter une action trop vive et trop directe sur les voies digestives, la teinture de *Veratrum viride* a été administrée par la méthode hypodermique et injectée avec la seringue Pravaz. Pour éviter les effets de l'imbibition chez les grenouilles, l'injection n'a pas été faite sur le tronc, mais sur les pattes. Chez les lapins et les chiens, l'injection a été faite indifféremment sur diverses parties du corps.

J'ai injecté successivement à ces animaux depuis une goutte du médicament jusqu'à la dose qui a déterminé des symptômes toxiques graves, et qui a été 12 gouttes pour les grenouilles, 60 gouttes pour les lapins et 100 gouttes pour les chiens. Tous les symptômes locaux et généraux étaient notés à mesure qu'ils se produisaient; et sur les animaux à sang chaud l'état de la respiration et de la circulation, le pouls et les battements du cœur étaient comptés tous les quarts d'heure ou les demi-heures, et la température prise au moyen du thermomètre introduit dans le rectum de l'animal.

Quand j'ai eu déterminé d'une manière aussi exacte que possible le mode d'action du *Veratrum viride*, je me suis trouvé en face d'une question d'un haut intérêt, c'est à savoir si cette action était la même que celle de la vératrine. La question se posait tout naturellement, puisque la vératrine, ou du moins une substance analogue à cet alcaloïde, paraît être la partie active du *Veratrum* américain. Les expériences nombreuses qui ont été faites avec la vératrine, celles plus récentes de Kölliker, Prévost, etc., pouvaient être suffisantes pour répondre à cette question ; mais j'ai préféré reprendre moi-même ces expériences, afin de bien constater et saisir les analogies et les différences d'action. Je suis arrivé ainsi à ce résultat fort curieux et assez inattendu, c'est que ce n'est probablement pas la vératrine qui est la partie active du *Veratrum viride*.

J'ai enfin complété ces recherches par l'étude comparative de l'action du *Veratrum album*. Il était intéressant de savoir si ce médicament si vanté autrefois, si délaissé aujourd'hui, n'était pas, comme on l'a cru, une même substance que le *Veratrum viride*, et, en tout cas, si ces deux médicaments exerçaient une action analogue. J'espère montrer que si, à certains égards, les effets sont les mêmes, il y a cependant entre les deux substances des différences assez tranchées.

Mon travail sera donc divisé en trois parties distinctes, consacrées, l'une au *Veratrum viride,* l'autre au *Veratrum album,* et la troisième à l'action comparative de la vératrine.

I. — DU VERATRUM VIRIDE.

Le *Veratrum viride* étant une plante peu connue en France, je crois utile de donner quelques détails botaniques et pharmacologiques.

Voici la description que je trouve dans le *Traité élémentaire de matière médicale et de thérapeutique* de Jonathan Pereyra, 4e édition, Londres, 1855 :

« Le *Veratrum viride* est une plante de la famille des Mélanthacées (Polygamie, Monœcie) ; elle est connue aux Etats-Unis sous le nom d'*Ellébore d'Amérique*, *Ellébore des marais*. Sa racine est vivace, épaisse, charnue, envoyant au loin par une extrémité massive de nombreuses radicules blanches ou légèrement jaunâtres. Sa tige est annuelle, haute de 2 à 3 pieds, pubescente ; elle porte à 6 pouces ou 1 pied de sa base des feuilles longues, larges, ovales, nervées, terminées en pointe, d'une couleur vert foncé, pubescentes. Ses fleurs sont terminées en panicules et d'une teinte jaune verdâtre. Point de calice, six pétales, six étamines, pistil rudimentaire.

« Cette plante se trouve en beaucoup d'endroits aux Etats-Unis, du Canada jusqu'à la Caroline ; elle affectionne les lieux humides, le voisinage de l'eau, les prairies ; elle est hâtive et apparaît au mois de mars.

« La plante entière a une saveur âcre et brûlante ; sa racine seule est employée en médecine. Celle-ci a une odeur désagréable qui se perd par la dessiccation ; sa saveur, douceâtre tout d'abord, est amère, et laisse dans la bouche une sensation âcre et brûlante qui persiste plusieurs heures quand on l'a bien mâchée. Pulvérisée, cette plante agit comme un sternutatoire. Sa composition a été étudiée par M. H. Worthington (*American Journal of Pharmacy*), qui y a découvert de la gomme, de l'amidon, du sucre, une matière huileuse, une matière colorante, de l'acide gallique et une substance alcaloïde analogue à la vératrine, de la lignine, des sels de chaux et de la potasse. Cette substance alcaloïde, insoluble dans l'eau, l'est un peu plus (?) dans l'éther, et se dissout entièrement dans l'alcool absolu. Exposée à la flamme, elle se liquéfie d'abord, puis se gonfle et brûle sans résidu ; elle produit dans la bouche une sensation âcre et brûlante qui dure plusieurs heures ; elle agit puissamment

comme sternutatoire, et produit de violents éternuments qui persistent une demi-heure ou une heure après l'application de la matière aux narines. »

Il est difficile de trouver une différence bien tranchée entre le *Veratrum viride* d'Amérique et le *Veratrum album* récolté en Suisse ou dans les Pyrénées. Le docteur Fluckiger l'a cherchée en vain en examinant les deux rhizomes à l'aide du microscope. Il paraît cependant y avoir cette différence pratique que le rhizome américain est toujours coupé longitudinalement; en outre, le corps même du rhizome, abstraction faite des fibrilles, est peut-être un peu plus court. En Suisse, d'où l'on exporte une assez grande quantité de *Veratrum album*, on ne le coupe jamais, mais on ôte souvent ses fibrilles (racines proprement dites), pour ne donner que le rhizome conique, ce qui ne paraît pas se faire en Amérique. J'ai pu moi-même, pendant mon séjour à Berne, étudier les deux plantes; il m'a semblé que le rhizome américain était plus volumineux que le *Veratrum album*, qu'il était assez manifestement velu, et que les radicules étaient plus nombreuses et plus ténues. M. Fluckiger a trouvé aussi que le *Veratrum album* contenait, à côté de la vératrine, mais en petite quantité, un autre principe probablement assez actif, mais qui n'est pas de nature basique; il n'a pas encore réussi à l'isoler suffisamment; il pense que probablement l'espèce américaine renferme aussi ce principe.

Les préparations les plus habituellement employées sont les teintures, les extraits et la résine de *Veratrum viride*. C'est cette dernière préparation qui a été employée par le professeur Biermer dans ses recherches sur la pneumonie. La préparation de cette résine a été indiquée en détail par M. Scattergood (de Philadelphie), dans les *Proceedings of the american pharmaceutical Association*, 1862. La teinture dont je me suis servi a été obtenue par la macération d'une partie de la racine de *Veratrum* dans dix parties d'alcool à 75 degrés pendant dix jours.

L'action physiologique de ce médicament est la suivante : Il résulte des expériences faites sur des chiens, lapins et grenouilles, que le *Veratrum viride* exerce d'abord une influence très-grande sur la circulation. Au bout d'un quart d'heure à une demi-heure, le pouls tombe de 40, 50 et même 100 pulsations à la minute. Un peu plus tard, la température baisse dans de semblables proportions et descend de 1, 2 et même 5 degrés. La respiration se ralentit, devient inégale et irrégulière. Chez les animaux qui vomissent, l'action sur les voies digestives (nausées, vomisse-

ments, diarrhée) précède toutes les autres; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que, malgré l'énormité de la dose du médicament injecté, malgré la violence des vomissements et la durée de l'intoxication, le *Veratrum viride* n'a jamais produit de lésions des voies digestives.

Le symptôme dominant dans toutes les espèces animales, c'est une grande prostration des forces qui se montre dès le début et va sans cesse en augmentant, au point que l'animal reste immobile, insensible à toutes excitations électriques ou autres. Cette prostration et cet affaissement, même portés au plus haut degré, n'amènent pas toujours la mort, et l'animal peut revenir, mais lentement, à l'état normal.

Le docteur Worthington s'est soumis lui-même à l'essai du pouvoir du *Veratrum viride*. Il prit un quart de grain d'extrait alcoolique de cette plante. La potion lui produisit dans la bouche une sensation âcre et brûlante, communiqua au gosier une sécheresse brûlante et finit par atteindre l'estomac. En une heure environ, ses souffrances augmentèrent d'intensité, puis commença un hoquet qui devint par degrés plus fréquent, jusqu'à se répéter quinze ou vingt fois par minute. En même temps, malaise et envie de dormir; puis vomissements violents qui se produisirent chaque quinze ou vingt minutes dans l'espace d'une heure. Les phénomènes étaient accompagnés d'un tremblement et d'un vertige, qui disparurent avec les effets mêmes de la potion. Le hoquet était accompagné d'une copieuse salivation et d'une excrétion de mucus de l'estomac et du nez. Pendant l'action de la potion, le pouls était faible, à peine perceptible, et réduit de 60 à 22 pulsations par minute.

Cette expérience, dont les détails sont exacts, fut répétée trois fois et toujours avec les mêmes résultats.

Si, maintenant, je veux résumer les différents faits qui ressortent de mes expériences, je pourrai caractériser l'action du *Veratrum viride* sur les animaux et sur l'homme sain de la manière suivante :

1° Il détermine rapidement des nausées, des vomissements violents, qui durent quelquefois quinze à vingt heures et de la diarrhée.

2° La respiration est profondément modifiée; elle devient inégale, irrégulière; tantôt très-rapide, tantôt d'une lenteur telle qu'elle tombe à un et même à deux mouvements respiratoires par minute; quelquefois, chez les grenouilles, elle se suspend complétement.

3° La circulation se ralentit aussi très-rapidement; le pouls baisse, au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, de 20, 40 et 60 pulsations. Chez l'homme, en dehors de l'état fébrile, le *Vera-*

trum, à la dose de 1 à 3 centigrammes, fait tomber le pouls de 30 à 40 pulsations.

4° La température suit une progression descendante un peu moins marquée. Au bout d'une demi-heure à deux heures seulement, elle descend de 2, 3 et même 5 degrés, et peut y rester vingt-quatre, sans que la mort s'ensuive.

5° L'action hyposthénisante du *Veratrum viride* se manifeste dès le début. L'affaissement et la prostration vont en augmentant, et quand ils ont atteint le plus haut degré, l'animal meurt.

6° Il ne survient jamais de contractures, de roideurs musculaires ou de convulsions tétaniformes.

7° La teinture de *Veratrum viride* devient toxique chez les grenouilles à la dose de 20 gouttes ; chez les lapins, à 60 et 80 gouttes, et chez les chiens, à 120 et 150 gouttes.

II. — DU VERATRUM ALBUM.

Il était d'un haut intérêt de savoir si le *Veratrum album* exerçait sur les animaux la même action que le *Veratrum viride*. Le *Veratrum album* est un médicament connu depuis la plus haute antiquité, qui a joui d'une grande réputation d'efficacité, et qui a été abandonné précisément à cause de son extrême activité, et probablement aussi parce que son action était vaguement ou mal définie.

Appartenant à la même famille des Mélanthacées que le *Veratrum viride*, les deux plantes offrent des caractères botaniques et pharmacologiques assez analogues pour qu'il n'ait pas été possible d'établir entre elles une distinction bien tranchée. Trousseau croyait que le *Veratrum* d'Amérique n'était que le *Veratrum album*, et le docteur Fluckiger (de Berne) m'a dit qu'il avait longtemps partagé cette opinion, d'autant plus que l'on importait de la Suisse en Amérique une grande quantité de *Veratrum album*. Il devenait donc important de savoir si les deux plantes avaient une action analogue, et si, en admettant que le *Veratrum viride* dût un jour prendre place dans la thérapeutique, nous devions rester tributaires de l'Amérique, ou trouver à notre portée un médicament d'une égale activité.

Une teinture de *Veratrum album*, dosée de la même manière que celle de *Veratrum viride* qui m'avait servi, fut obligeamment préparée par M. Ducom, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, et expérimentée sur les mêmes animaux.

Le tableau symptomatique que je viens de tracer de l'action du

Veratrum album sur les animaux à sang chaud reproduit presque exactement tous les phénomènes que m'avait présentés l'action du *Veratrum viride*. Les mêmes fonctions sont atteintes, et à peu près de la même manière, et, comme pour le *Veratrum viride*, le système musculaire n'a pas été influencé ni directement ni indirectement. Les seules différences qu'il y ait à signaler sont, pour le *Veratrum album* : 1° son extrême intensité d'action sur les voies digestives, caractérisée par la violence et la ténacité des vomissements et l'inflammation très-prononcée de toute la muqueuse du tube digestif; 2° la rapidité avec laquelle il produit ses effets. Les symptômes graves se succèdent sans interruption, et l'animal succombe en une ou trois heures. La dose de *Veratrum album* qui a amené la mort a été généralement de moitié moindre que celle de *Veratrum viride* nécessaire pour tuer l'animal. Le *Veratrum viride* offre donc, en même temps qu'une plus grande sûreté d'action, une sécurité dans son emploi que le *Veratrum album* est loin de présenter à un égal degré.

III. — DE LA VÉRATRINE.

J'ai à dessein fait ressortir dans la relation de mes expériences la prédominance de l'hyposthénisation et l'absence constante de phénomènes musculaires spontanés ou provoqués. Il n'est jamais survenu, en effet, chez aucun des animaux sur lesquels j'ai expérimenté, ni spasmes, ni contractures musculaires, ni convulsions tétaniformes. Comme ces phénomènes constituent le caractère fondamental de l'action physiologique de la vératrine sur les animaux, j'ai dû me demander si cet alcaloïde, qui existe en faible quantité dans les *Veratrum*, en constituait bien le principe actif, ou s'il fallait le chercher ailleurs. J'ai donc recommencé sur les animaux, et avec la vératrine, les expériences déjà faites par Kölliker, Prevost, Ollivier et Bergeron; je les exposerai brièvement, et j'espère démontrer que les *Veratrum* ont une action propre et qui paraît être indépendante de celle qu'exerce habituellement la vératrine.

Chez les animaux à sang chaud, la vératrine détermine rapidement un peu d'abattement, de la tristesse, et une certaine maladresse dans les mouvements. Bientôt arrivent des nausées et des vomissements, qui persistent avec assez de ténacité. Au bout d'une demi-heure environ, il survient un peu de roideur du train postérieur, et l'animal, en faisant des efforts pour sauter, reste les jambes étendues et roidies. Quand on excite le train postérieur en donnant un coup sur le tronc, on détermine une sorte de secousse des mem-

bres postérieurs, pendant laquelle ils se roidissent. Quelquefois la même excitation produit une roideur convulsive, qui cloue l'animal à sa place malgré tous ses efforts. Les membres postérieurs restent étendus et contracturés, et l'animal retombe sur le flanc en état de résolution complète. Quelquefois les secousses s'étendent aux quatre membres.

La respiration est inégale, irrégulière, quelquefois très-lente. Le pouls semble diminuer de fréquence, mais d'une quantité relativement peu considérable. La température n'a pas offert, dans mes expériences, de changements bien notables.

A cette période de contraction succède un état de prostration plus ou moins grand, pendant lequel le train postérieur semblerait paralysé, si par une excitation, même légère, on ne déterminait par secousse une roideur générale. Cette excitation, à un certain degré, peut amener de véritables contractions tétaniques en arrière ou sur le côté (opisto et pleurostothonos).

Cet état de contraction amène rapidement la mort par asphyxie. D'autres fois il se prolonge pendant un ou deux jours, pendant lesquels l'animal reste immobile. Les excitations déterminent toujours des secousses toniques des extrémités inférieures. La respiration néanmoins devient de moins en moins inégale, et l'animal peut revenir, mais avec une extrême lenteur, à l'état normal.

On a pu voir, par cette rapide description, que l'action de la vératrine se caractérise par des nausées, des vomissements et de la diarrhée, par un ralentissement de la respiration et de la circulation, et par un abaissement de température beaucoup moins marqué que dans les *Veratrum*, mais surtout par une excitation du système musculaire, qui se manifeste par des roideurs, des contractures et des convulsions tétaniformes provoquées ou spontanées. Ce dernier phénomène est constant : il se montre dans toutes les espèces animales avec des caractères particuliers et distinctifs, qui font regarder par certains auteurs la vératrine comme un *modificateur de la contractilité musculaire*.

Or, si les *Veratrum* exercent sur le système digestif, respiratoire et circulatoire une action jusqu'à un certain point analogue à celle de la vératrine, ils en diffèrent essentiellement en ce que jamais ils ne produisent aucun phénomène du côté du système musculaire.

Je serais assurément autorisé à conclure de ce fait que le principe actif des *Veratrum* ne paraît pas être la vératrine, et doit être cherché dans une autre substance, que l'analyse révèlera peut-être un jour aux chimistes. Mais j'ai eu la bonne fortune de pouvoir

instituer une expérience qui forme une véritable contre-épreuve et confirme le fait d'une manière irrécusable.

M. le docteur Fluckinger (de Berne), à l'obligeance duquel je dois les principales préparations de *Veratrum viride* dont je me suis servi, avait composé une résine privée de vératrine par des lavages réitérés à l'eau acidulée. Je fis dissoudre cette résine dans une certaine quantité d'eau, et j'injectai 80 gouttes de cette solution dans les cuisses d'un lapin vivace et résistant. Il se produisit exactement les mêmes faits que dans le cas où j'avais employé la teinture de *Veratrum viride* pure. Du reste, cette expérience offre à certains égards un si haut intérêt, que je crois nécessaire de la rapporter.

Exp. — On injecte, à dix heures dix minutes du matin, 80 gouttes de solution d'extrait de *Veratrum viride* privé de vératrine, dans la cuisse d'un lapin. Avant l'expérience, le pouls était à 230, la respiration à 92 et la température à 39 degrés 1 cinquième. A dix heures vingt-cinq minutes, la respiration est lente, anxieuse, se suspend par moments et s'accompagne de cris plaintifs; l'animal est abattu, mais se tient sur ses pattes. Le pouls ne peut être compté. La température est à 38 degrés 3 cinquièmes.

A onze heures quarante-cinq minutes, pouls environ à 200; température, 34 degrés.

L'animal est très-abattu et couché sur le flanc; il ne peut ni se tenir debout ni marcher; il retombe sur le côté. La respiration est pénible et suspirieuse.

A midi vingt minutes, pouls à 140, température à 33 degrés. Tremblement général, comme si l'animal avait froid. Des excitations de toutes sortes ne peuvent faire sortir l'animal de son abattement. La respiration est tantôt rapide, tantôt très-lente, à 9 par minute, et s'accompagne quelquefois d'efforts convulsifs.

A une heure trente minutes, pouls à 180, respiration à 24, température à 32 degrés 3 cinquièmes. La respiration est plus facile, moins anxieuse, sans gémissements; mais l'animal est couché sur le flanc, sans mouvements; en le secouant, il est pris de petits mouvements convulsifs, pendant lesquels il semble prêt à mourir; il ne peut se tenir sur les pattes ni sur le ventre, et retombe lourdement sur le côté.

A six heures du soir, l'état est le même; la température est remontée à 34 degrés 4 cinquièmes.

Le lendemain, à dix heures et demie du matin, le lapin est trouvé toujours couché sur le flanc. Il ne peut se tenir sur ses pattes, mais s'agite violemment quand on l'irrite. Respiration très-courte. Quand on le secoue, il est pris de mouvements convulsifs avec renversement de la tête en arrière.

Pouls à 124, température à 28 degrés 2 cinquièmes.

A midi, battements du cœur extrêmement faibles, respiration très-lente; on dirait que l'animal va mourir.

Respiration à 36, pouls à 120, température à 26 degrés 2 cinquièmes.

On porte l'animal sur un poêle, et on cherche à le réchauffer en l'enveloppant de couvertures chaudes.

A une heure, pouls à 156, température à 29 degrés 1 cinquième. On continue à le réchauffer. Le lendemain, l'animal est encore très-abattu, mais il peut marcher un peu et faire quelques pas. Le surlendemain, il est tout à fait revenu à l'état normal.

Ainsi, sous l'influence d'une dose assez considérable de *Veratrum viride* privé de vératrine, il s'est manifesté une prostration qui a été en augmentant pendant vingt-quatre heures, au point de produire un véritable état de mort apparente. La respiration, devenue difficile et pénible, est descendue de 92 à 36. Le pouls, qui au début de l'expérience était à 230, est tombé graduellement à 120, et la température, qui, lors de l'injection du médicament, était de 39 degrés 1 cinquième, était au bout de vingt-quatre heures de 26 degrés 2 cinquièmes, c'est-à-dire avait baissé de près de 13 degrés.

L'animal n'était pas mort, et un réchauffement artificiel rétablit assez rapidement l'état normal, qui était complet le troisième jour.

Sous quelle puissante influence un médicament peut-il amener, au bout de vingt-quatre heures, un abaissement de 13 degrés dans la température du corps? Comment la vie est-elle compatible avec un refroidissement morbide porté aussi loin? Ce sont là des questions que je laisse à résoudre aux physiologistes. La seule conclusion que je puisse en tirer, c'est que la vératrine ne paraît pas être le principe actif du *Veratrum viride*, et que le *Veratrum viride* n'est pas un excitateur de la contractilité musculaire. Je serais plutôt disposé à le ranger à côté de la digitale, dans la classe des poisons du cœur.

Sur l'emploi du phosphore en médecine (2e article) [1];

Par M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz, chef de clinique à la Pitié.

POSOLOGIE.

A quelle dose doit-on donner le phosphore? Lorsqu'on parcourt les nombreuses observations où l'on a noté les effets du phosphore, on constate à l'égard des doses de nombreuses divergences.

Dans les premiers temps de l'application du phosphore à la thé-

(1) Suite, voir la livraison du 15 janvier 1868.
(Lu à la Société de Thérapeutique dans la séance du 7 février 1868.)

rapeutique, ces doses ont été considérables, et ce qui étonne le plus, ce n'est pas le résultat thérapeutique obtenu, mais que la mort n'ait pas été toujours la conséquence d'une pareille médication. Ainsi Bœnnekenius [1] Menth [2] donnent, en une seule fois, 3 grains (15 centigrammes) de phosphore. La témérité avec laquelle on maniait cet agent toxique, se voit dans l'observation suivante du docteur Weickard [3].

Un juif, d'un tempérament flegmatique, fut tout à coup frappé d'apoplexie, avec perte de la parole et du mouvement; il n'allait plus à la garde-robe sans les secours de l'art; néanmoins il conservait l'appétit. On lui avait en vain administré les bains minéraux et tous les remèdes analogues. Dans cette circonstance difficile, je me déterminai à faire essai du phosphore. Je lui en fis prendre d'abord de 2 à 3 grains, et successivement j'augmentai la dose depuis 5 jusqu'à 6. La première dose lui fut donnée dans la conserve, mais, le jour suivant, je la fis mêler avec du miel. Les excréments devinrent lumineux. Tout à coup, vers le milieu de la troisième nuit, le malade fut saisi d'un vomissement violent, qui faillit lui coûter la vie. Le vomissement cessé, il se trouva beaucoup mieux. Le pouls était petit et vif. Je me gardai bien de continuer l'usage du phosphore; les suites qui étaient résultées de son administration m'avaient trop effrayé. Je fis appliquer un vésicatoire, et j'ordonnai pour boisson les rafraîchissants et les délayants. L'épuisement était porté au plus haut degré. L'abdomen se tuméfia et devint douloureux. La nourriture passait, quoique en petite quantité. Enfin, quoique le vomissement eût cessé complétement, le malade mourut quatre jours après. Je ne pus le voir au moment où cet accident survint; mais il avait tous les symptômes de la gangrène. La surface du cadavre était, au rapport du chirurgien, couverte d'une quantité considérable de taches gangréneuses.

Les taches gangréneuses dont parle Weickard sont, sans doute, ces ecchymoses cutanées que l'on remarque dans les empoisonnements phosphoriques.

Ainsi donc, voici un malheureux qui succombe, bel et bien empoisonné par la dose énorme de 30 centigrammes de phosphore, administrée en une seule fois.

On comprend que de pareils résultats devaient faire reculer les expérimentateurs.

A côté de ces doses effrayantes de phosphore, il faut, par opposi-

---

(1) *Commentarii de rebus in scientia naturali et medicina gestis*, 1763, t. II, p. 529.

(2) *De phosphori loco medicamenti.* Wittemberg, 1751.

(3) *Recueil de littérature méd. étrangère*, par Sédillot, t. III, p. 24.

tion, signaler les observations dans lesquelles on attribue la guérison au phosphore et où cependant ce médicament n'a joué aucun rôle.

Ainsi, Targioni Tozzetti (¹) a rapporté un cas de guérison d'hémiplégie, par des frictions, sur les parties paralysées, avec un liniment phosphoré. Le médicament n'a joué ici, à coup sûr, qu'un rôle secondaire et tout à fait insignifiant. — Quoique M. Tavignot fixe à 4 milligrammes la quantité de phosphore que l'on peut absorber par la peau recouverte de son épiderme, je crois que rien ne vient démontrer la réalité de ce chiffre et, pour ma part, en présence de la difficulté de l'absorption cutanée, en présence surtout de la facile oxygénation du phosphore, oxygénation rendue plus rapide et plus prompte par les frictions, je suis d'avis, dis-je, jusqu'à expérience contraire, qu'aucune parcelle de phosphore ne pénètre dans l'économie.

Martin Solon (²) a observé un cas où la mort est survenue après l'administration d'une potion contenant 5 centigrammes de phosphore dissous dans l'huile, et Loebelstein-Loebel (³) a vu un aliéné épileptique succomber après avoir pris un huitième de grain (6 milligrammes) de phosphore. J'élèverai cependant quelques doutes sur la véritable cause de cette mort, et cela pour plusieurs raisons. La première, c'est que j'ai dépassé souvent moi-même cette dose, en allant, il est vrai, d'une manière graduelle. La seconde, c'est que la lecture même de l'observation n'éclaircit nullement la question. Ainsi, Loebelstein-Loebel dit que, vingt minutes après l'administration du huitième de grain de phosphore, le malade ressentit une chaleur extraordinaire à l'estomac, suivie d'une grande soif et de convulsions de la face; qu'il se plaignit d'un frisson violent; les extrémités se refroidirent, les lèvres devinrent pâles, le pouls faible, les forces tombèrent, et le malade succomba.

L'autopsie n'a pas été faite, et on ne retrouve ici aucun des symptômes habituels dans l'empoisonnement par le phosphore : l'ictère, par exemple.

Ainsi donc, je crois qu'il ne faut pas admettre comme démontrée la possibilité d'un empoisonnement par l'administration de 6 milli-

---

(¹) *Journal de littérature, sciences et arts de Pise*, 1809. Voyez *Biblioth. méd.*, t. XXXIX, p. 268.
(²) Martin Solon, *Toxicologie d'Orfila*, 1852, t. I, p. 84.
(³) *Journal d'Hufeland*, janvier 1817. Voyez *Biblioth. méd.*, p. 249 et 379, ext. par Marc.

grammes de phosphore. — De tout ceci il semble résulter que la manière la plus sage et la plus prudente de donner le phosphore est de commencer par 1 milligramme et d'élever graduellement la dose jusqu'à ce que l'apparition de phénomènes, soit digestifs, soit d'un tout autre ordre, viennent en limiter la dose. J'ai pu ainsi donner, chez certains malades, jusqu'à 10 milligrammes sans produire aucun désordre.

Mais, à cet égard, il faut se rappeler que le phosphore est un médicament qui paraît s'accumuler dans l'économie ; il faut donc mettre une grande prudence dans l'augmentation progressive des doses.

Aussi, toutes les fois que, par une circonstance ou par une autre, on a cessé l'usage du phosphore momentanément, fût-ce même pendant un jour, il ne faut jamais reprendre d'emblée ce médicament à la dose à laquelle on s'était progressivement élevé, mais recommencer l'administration du phosphore à une dose très-faible, 1 ou 2 milligrammes, par exemple.

Enfin, toujours pour les mêmes raisons, je crois qu'il est prudent de cesser après quinze jours ou trois semaines l'emploi du phosphore, pour recommencer au bout de quelques jours.

Nous n'en avons pas encore fini avec les doses, et nous devons nous demander si ces dernières ne doivent pas varier lorsqu'on emploie le phosphore soit à l'état solide, soit dissous.

Ici nous nous trouvons en présence de deux opinions diamétralement opposées : les uns voulant que le phosphore soit d'autant plus vénéneux qu'il est moins dissous ; les autres, au contraire, affirmant que plus ce corps est introduit dans un état de dissolution parfaite, plus les phénomènes d'empoisonnement sont rapides.

Ainsi, M. Tavignot, dans un article sur la médication phosphorée, a voulu établir une grande différence entre le phosphore divisé et le phosphore dissous, dont, à doses égales, le premier serait toujours un agent toxique, tandis que le second serait, au contraire, un agent thérapeutique. Je crois cette distinction mal fondée et beaucoup trop subtile. Dans de nombreuses expériences faites par M. Personne sur des animaux, cet habile expérimentateur est arrivé à ces conclusions : que plus le phosphore est dissous, plus il est toxique. Sur les chiens, par exemple, l'empoisonnement est inévitable quand on emploie l'huile phosphorée, tandis qu'il ne survient pas toujours lorsqu'on se sert du phosphore plus ou moins divisé et mélangé à un corps gras. A cet égard, on peut

ajouter que moins la division est grande, moins l'empoisonnement se produit, et cela au point que l'on peut donner aux chiens, sans occasionner la mort, un bâton de phosphore d'un certain volume. Ce morceau de phosphore traverse en entier le tube digestif sans produire d'accidents toxiques.

Les expériences que j'ai tentées moi-même à cet égard, sur des lapins, confirment complétement le dire de M. Personne, et il me paraît bien démontré que l'influence toxique du phosphore est en rapport direct avec l'état de solubilité dans lequel il est introduit dans l'économie.

Pour terminer ce qui a trait aux doses, je crois qu'il est bon de dire que la muqueuse rectale absorbe les préparations phosphorées ; et M. Brera a signalé un cas dans lequel une femme atteinte d'hémiplégie, qui, après avoir pris deux jours de suite 5 centigrammes de phosphore, et après avoir cessé pendant trois jours l'emploi du médicament à cause des phénomènes intestinaux qui s'étaient déclarés, succomba après l'administration d'un lavement contenant 10 centigrammes de phosphore.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Mémoire sur un nouveau procédé pour injecter de l'air et des vapeurs médicamenteuses dans la trompe d'Eustache et dans la caisse du tympan ;

Par le docteur A. Cousin, ex-interne des hôpitaux et lauréat de la Faculté de médecine de Strasbourg.

« Ce sont les difficultés attachées à certains procédés opératoires qui éloignent les médecins de l'étude des maladies de l'oreille. »

Forget, *Bull. de Thérap.*, t. XLII, p. 224 (1852).

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache est une opération délicate, exigeant une parfaite connaissance des données anatomiques sur lesquelles reposent les différents temps de son exécution, une grande légèreté de main pour ne point faire souffrir le patient, et, par-dessus tout, une dextérité et une habitude qui ne s'acquièrent que par la répétition fréquente de la manœuvre à l'amphithéâtre, sur soi et sur les malades.

Or, il est peu de médecins qui réunissent toutes ces conditions.

Je leur concède les connaissances anatomiques requises, mais je leur conteste l'habitude opératoire. Cela tient sans doute à ce que la plupart n'accordent pas au cathétérisme de la trompe d'Eustache toute l'importance qu'il mérite dans le traitement d'un grand nombre de cophoses. De ce qu'on ne l'a vu pratiquer ni dans les hôpitaux ni dans les cours, on conclut à sa parfaite inutilité.

Il n'est pas un étudiant qui ne répète à satiété à l'amphithéâtre les opérations de Lisfranc et de Chopart, qu'il n'aura peut-être pas l'occasion d'appliquer une seule fois dans tout le cours de sa carrière médicale; par contre, pas un ne songe à s'exercer au cathétérisme de la trompe d'Eustache, dont les indications se présentent journellement.

Je n'entends pas dire pour cela que le cathétérisme en question soit une manœuvre banale applicable à tous les cas de surdité : telle n'est pas ma pensée; il est des circonstances où il faut sonder et il en est d'autres où cette opération est tout à fait inutile.

On peut néanmoins poser en principe que, dans toutes les affections de la trompe et de la caisse, le cathétérisme, suivi de l'insufflation, aide à la fois au diagnostic et au traitement.

Il serait donc à désirer qu'un plus grand nombre de médecins se livrât à cette pratique.

C'est ce qu'a parfaitement compris Politzer, de Vienne. Le savant spécialiste allemand a tourné la difficulté de la façon la plus ingénieuse en inventant une méthode à la fois simple et facile, à la portée de tous les praticiens, pour rendre la trompe d'Eustache perméable et injecter, dans ce conduit et dans la caisse, de l'air atmosphérique ou des vapeurs médicamenteuses appropriées à chaque cas particulier. Certes, il n'est point entré dans la pensée de Politzer de faire de sa méthode un moyen unique et applicable indistinctement au traitement de toutes les formes de surdité; le cathétérisme avec la sonde conserve ses droits; mais les indications de l'employer sont restreintes, et c'est là un grand progrès.

Connu en Allemagne depuis la publication de son inventeur, ce procédé y est mis tous les jours en pratique par les spécialistes les plus célèbres. Il en est de même en Angleterre. Je le crois encore peu usité en France, où M. Simon Duplay [1] est le premier qui ait appelé l'attention du public médical sur l'importance de ce moyen thérapeutique et sur la manière de l'appliquer.

---

[1] *Arch. gén. de méd.*, t. II, 1866. *Revue critique*, p. 725.

M. B. Lœwenberg ([1]), dans la préface de sa Thèse, en dit quelques mots à propos des progrès récemment réalisés en otiatrique.

On trouve enfin des détails plus précis, bien qu'encore très-succincts, dans la récente publication du *Traité des Maladies de l'oreille*, de Von Troltsch, traduit de l'allemand par Sengel (de Forbach) ([2]).

Après m'être rendu compte de la simplicité d'application et de l'efficacité de la douche gazeuse de Politzer, en la voyant pratiquer par un médecin auriste distingué, M. B. Lœwenberg, j'en ai fait usage dans ma clientèle privée, et souvent avec succès.

Je me propose aujourd'hui de faire connaître cette méthode dans tous ses détails à ceux de mes confrères qui voudront bien me lire.

L'orifice pharyngien de la trompe s'ouvre largement à chaque mouvement de déglutition. — Tel est le fait physiologique qui sert de base à la méthode. Troltsch ([3]) le démontre anatomiquement et indique le muscle pérystaphylin externe comme en étant le principal agent. La rhinoscopie permet en outre de le constater de la manière la plus évidente ([4]).

Voyons de suite quelles sont les conséquences de cette donnée :

1° Dans l'état normal, à chaque déglutition, la trompe, devenant béante, l'air de la caisse se renouvelle incessamment ;

2° Quand on déglutit en se pinçant les narines, de manière à empêcher la communication de la partie supérieure du pharynx avec l'air extérieur, la pression diminuant, la caisse se vide ; d'où la sensation particulière que l'on éprouve alors dans l'oreille et l'affaissement du tympan, qu'il est facile de constater par l'exploration directe de cette membrane ;

3° Quand, dans le cathétérisme de la trompe, on ne peut faire pénétrer complétement le bec de l'algalie dans l'orifice pharygien de ce conduit, on facilite de beaucoup le succès de l'insufflation en

---

([1]) *La lame spirale du limaçon de l'oreille de l'homme et des mammifères* Paris, 1867. G. Baillère.

([2]) *Mal. de l'oreille*, par Von Troltsch, trad. Sengel, p. 66. Paris, 1868.

([3]) *Loc. cit.*, p. 56.

([4]) Voyez un mémoire de Lœwenberg, publié dans les *Archives spéciales d'otologie*, II, p. 105-155 : Sur l'utilisation de la rhinoscopie et d'une nouvelle douche naso-pharyngienne pour le diagnostic et le traitement des maladies de l'oreille et de la cavité pharyngo-nasale.

conseillant au malade de déglutir au moment même où l'on vient à comprimer la bulle de caoutchouc;

4° C'est en mettant à profit la connaissance de ce fait important, que Politzer a créé le procédé qui porte son nom, et qui est de beaucoup supérieur à celui de Valsalva, auquel on a voulu, mais à tort, l'assimiler complétement.

En effet, l'expérience de Valsalva consiste à faire une expiration forcée, la bouche et le nez étant clos; mais, outre que peu de personnes savent bien l'exécuter (les enfants surtout sont dans ce cas), la trompe n'étant pas rendue béante, on n'obtient qu'une faible pénétration d'air dans la caisse et on est privé du bénéfice des injections de vapeurs médicamenteuses.

Procédé de Politzer proprement dit. — Politzer se sert d'une poire en caoutchouc noir d'une assez grande capacité, garnie d'un ajustage en bois ou en corne, auquel il adapte, à l'aide d'un petit manchon élastique, un tube en caoutchouc durci, et recourbé à son extrémité.

.*A* — Poire en caoutchouc.

B. — Ajustage.

C. — Manchon élastique fait avec un bout de tube à drainage.

D. — Tube recourbé en caoutchouc durci.

Le malade prend une gorgée d'eau.

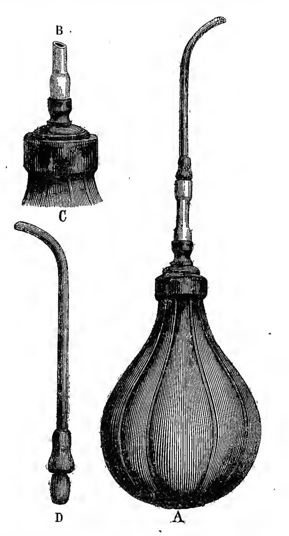
La partie recourbée de la sonde est introduite le long du plancher des fosses nasales, dans l'une ou l'autre narine, mais de préférence du côté affecté s'il n'y a qu'une oreille malade. Cela fait, la balle élastique étant tenue de la main droite, on pince les narines sur le tube avec le pouce et l'index de la main gauche et on commande au malade d'avaler. Il faut saisir l'instant où la déglutition commence et où, par conséquent, la trompe devient béante, pour comprimer avec force la poire et injecter ainsi l'air ou les vapeurs médicamenteuses dans l'oreille moyenne.

On le voit, la chose est des plus simples; mais elle offre cependant quelques difficultés que je vais faire connaître et dont on se rend aisément maître après quelques exercices :

1° Si l'on comprime la poire un peu avant ou un peu après, le moment de la déglutition où la trompe offre son maximum de dilatation, on échoue infailliblement. Règle générale : ne pas opérer l'injection en même temps que l'on commande au malade d'avaler; mais suivre tous ses mouvements et n'agir qu'à l'instant précis où la déglutition est déjà en train de s'accomplir;

2° La compression trop lente de la poire ne produit aucun résultat ;

3° Sa compression brusque et trop énergique peut, dans cer-



taines circonstances, amener la rupture du tympan (Pagenstecher) ;

4° Aussitôt l'effet produit, il faut lâcher les narines et retirer l'instrument, la poire restant comprimée, sous peine de voir l'effet

qu'on recherchait anéanti par l'aspiration qu'elle exercerait en reprenant son volume primitif. En outre, on ramènerait ainsi dans le tube le mucus accumulé dans le nez;

5° Il faut éviter de tordre le nez en comprimant les narines, ce que font les commençants; c'est une chose désagréable toujours et parfois douloureuse.

Modifications du procédé de Politzer. — Quelques modifications ont été apportées au procédé de Politzer, et quoiqu'ellcs n'offrent pas une grande importance pratique, je veux néanmoins les faire connaître.

L'introduction d'un tube recourbé, dur et résistant dans l'une ou l'autre narine ne laisse pas que d'être parfois pénible, et même douloureuse, chez quelques malades délicats; et pour peu que l'on comprime les narines avec une certaine force, une épistaxis peut se produire. Pour obvier à cet inconvénient et rendre la manœuvre plus inoffensive et plus simple, Lœwenberg se contente de garnir l'embout de la poire à insufflation d'un petit tube en caoutchouc vulcanisé, de 3 centimètres et demi environ de longueur. L'introduction dc ce tube élastique se fait sans douleur et sans danger de léser la muqueuse de Schneider. Une précaution à prendre, c'est de ne point comprimer les ailes du nez de façon à effacer complétement le calibre du tube.

Cette modification a surtout une grande importance au point dc vue de la propreté. Le malade emporte et garde ce petit ajutage et doit le représenter à chaque consultation.

Pour éviter de chatouiller désagréablement le patient et de causer l'éternument et le larmoiement, qui en sont la conséquence, il faut porter rapidement le tube en caoutchouc dans le nez en suivant une direction à peu près horizontale; on pénètre ainsi facilement dans le méat inférieur sans aller se heurter sur la voûte nasale.

Mais il est des circonstances où l'embout élastique est d'une application difficile, et où il faut nécessairement recourir au tube de Politzer; on peut alors rendre cet instrument moins blessant en le garnissant d'un petit appareil en caoutchouc semblable au précédent, s'adaptant à frottement doux, et qu'on laisse déborder de 2 à 3 millimètres.

Il est facile, à l'aide du procédé que je viens de décrire, d'injecter dans l'oreille moyenne, non-seulemeut de l'air atmosphérique, mais encore des vapeurs médicamenteuses, dont on variera la nature suivant les indications.

Si, par exemple, on veut insuffler des vapeurs de chloroforme, on prend, à l'aide d'une pipette, quelques gouttes de ce liquide, on comprime la poire, et la pipette étant approchée de son orifice, on laisse la bulle élastique reprendre son volume primitif, l'aspiration qui se produit alors suffit à vaporiser le chloroforme. On agira de même pour toutes les substances médicamenteuses volatiles, les seules, du reste, qu'on puisse injecter de cette façon.

Précautions à prendre avant l'opération. — Il est utile de faire moucher le malade avant que d'opérer, et la raison en est facile à comprendre.

On se trouvera bien également de le soumettre, dans certains cas, à la douche liquide naso-pharyngienne, indiquée par Weber, en opérant, comme le fait Lœwenberg (1), avec une seringue à grosse canule représentant assez bien une balle cylindro-conique de gros calibre, perforée suivant son axe et obturant complétement l'orifice de la narine sur laquelle on agit (2). Cette manœuvre préalable a pour effet de débarrasser l'orifice pharyngien de la trompe du mucus, plus ou moins concret, qui pourrait s'y être accumulé et qui entraverait la pénétration de l'air dans la caisse.

Certaines personnes, et plus particulièrement les enfants, rejettent violemment l'eau qu'on veut leur faire ingérer au moment où l'on comprime la poire à injection; il faut, en pareil cas, se placer de côté pour ne pas être inondé, et chercher à éviter ce petit accident en apportant plus de douceur dans l'exécution du procédé (Lœwenberg).

Pour s'assurer de la pénétration dans la trompe et dans la caisse du gaz que l'on injecte, il est bon de se servir de l'otoscope de Toynbee, dont un bout est placé dans l'oreille du patient et l'autre dans celle du médecin. Cependant, je dois dire qu'il faut une grande habitude de l'auscultation de l'oreille pour distinguer le bruit qui se passe dans la caisse au milieu du tapage produit dans le pharynx par la déglutition.

On peut d'ailleurs s'en rapporter au dire du malade, qui, s'il est suffisamment intelligent et averti, annonce qu'il a ressenti un certain choc dans l'oreille.

Il est possible également de suivre à l'aide d'un spéculum et d'un bon éclairage les modifications de courbure du tympan.

---

(1) *Union médicale*, 16 juillet 1867.

(2) Il faut, pour ces injections, se servir d'eau tiède légèrement salée (Lœwenberg).

S'il existe une perforation et que la trompe soit perméable, toutes ces précautions sont inutiles, et un sifflement aigu et prolongé, plus ou moins sec ou plus ou moins crépitant, annonce au médecin qu'il a pleinement réussi dans sa tentative.

Indications et contre-indications à l'emploi du procédé de Politzer. — On ne peut dire que le procédé de Politzer soit applicable à tous les cas de cophose où le cathétérisme semble indiqué, ce serait aller trop loin.

Cependant, comme l'insufflation de l'air dans la caisse offre de grands avantages au point de vue du diagnostic ; comme, d'autre part, l'injection de Politzer est d'une innocuité parfaite, d'une application facile et exempte de désagréments pour le malade, il s'ensuit qu'on pourra toujours, en agissant avec une sage modération et d'après les préceptes que j'ai énoncés, l'appliquer à tous les cas de cophose qui paraissent se rattacher à une affection catarrhale de l'oreille moyenne.

Ainsi donc, l'emploi thérapeutique de ce procédé sera toujours justifié dans les cas de catarrhe chronique de la trompe ; cas très-fréquents du reste, et dans lesquels le procédé de Politzer fait merveille. En effet, il arrive d'ordinaire que, dans le catarrhe de la trompe, le calibre de ce conduit est obstrué par un mucus visqueux qui fait adhérer ses parois dans sa portion fibro-cartilagineuse et en oblitère la lumière dans sa partie osseuse ; l'air ne peut, par conséquent, se renouveler dans la caisse, dont la muqueuse, de son côté, participe plus ou moins de l'inflammation de la trompe ; il se résorbe donc, et le tympan, obéissant à la pression extérieure, s'excave de plus en plus et tend à toucher le promontoire, avec lequel il ne tarde pas à contracter des adhérences. Les osselets, gênés dans leurs mouvements, peuvent s'enkyloser ou perdre la majeure partie de leur mobilité. Le mucus sécrété dans la caisse, ne trouvant point d'issue par la trompe, dont la muqueuse est épaissie et le calibre effacé, s'accumule sans cesse ; il en résulte une cophose plus ou moins intense et des bourdonnements des plus incommodes. Le moindre des accidents qui puisse arriver est la perforation du tympan. Rendez la trompe perméable et le mucus qui y est contenu s'écoulera dans le pharynx, la caisse se videra par la trompe désobstruée, le tympan s'écartera du promontoire, l'air de la caisse sera mis en équilibre de pression avec l'air extérieur, les osselets reprendront leur jeu et l'ouïe sera améliorée, sinon rendue dans sa totalité.

Il suffit pour cela de donner la douche de Politzer ; pas n'est besoin du cathétérisme.

Le procédé de Politzer est fort utile dans le traitement des suppurations de l'oreille avec perforation du tympan. Il complète l'effet des injections détersives en chassant le muco-pus qui s'accumule sans cesse sur le plancher de la caisse et qui ne peut s'écouler ni par la trompe ni par le conduit auditif externe sans recourir à cette manœuvre. Triquet a, en effet, démontré que la paroi inférieure de la caisse était située au-dessous du niveau du cercle tympanal ; ce qui explique l'accumulation du pus dans cette région, circonstance qui ne laisse pas que d'avoir de nombreux inconvénients.

Si, dans les cas de perforation moyenne ou petite, le pertuis vient à s'oblitérer par une gouttelette de pus, la meilleure façon de la chasser consiste à injecter de l'air dans la caisse, et cela est d'autant plus nécessaire que, pour obtenir la cicatrisation des perforations du tympan, il faut les entretenir dans le plus grand état de propreté.

Dans ces mêmes otorrhées avec perforation, qui exigent l'emploi des instillations astringentes, il arrive que le liquide médicamenteux ne pénètre pas facilement dans la caisse ; un excellent moyen de l'y faire arriver, c'est de pratiquer la douche de Politzer, l'oreille externe étant remplie dudit liquide. L'air, ainsi chassé de la caisse, est immédiatement remplacé par la solution, et toute la muqueuse du tambour se trouve modifiée.

L'ankylose des osselets, les adhérences du tympan à la paroi interne de la caisse peuvent être également traitées par ce moyen, quoique d'une manière moins efficace que par le cathétérisme.

Les bourdonnements, quelle qu'en soit la variété, et qui constituent un des symptômes les plus pénibles des surdités, contre lesquels les malades réclament le plus souvent l'intervention médicale, sont avantageusement modifiés par les insufflations de vapeurs, de chloroforme ou d'éther, faites comme il a été dit précédemment.

Au nombre des indications à l'emploi de la douche de Politzer, il faut ranger les cas de disposition particulière des fosses nasales, où il est fort difficile et même impossible d'introduire une sonde, et dans lesquels on ne veut pas recourir au cathétérisme par la narine du côté opposé, comme le fait Lœwenberg.

S'il est fréquemment indiqué de recourir à la douche naso-atmosphérique de Politzer, il est aussi un certain nombre de circon-

stances où son emploi devient inutile, dangereux, ou même impossible, en raison de dispositions organiques particulières.

Moos ([1]), d'après M. Simon Duplay, considère les cas suivants comme autant de contre-indications :

1° Une inflammation aiguë des amygdales et du pharynx, avec une dysphagie prononcée;

2° Des ulcérations étendues des fosses nasales, l'opération exposant dans ces cas à des épistaxis abondantes ;

3° La destruction de la cloison;

4° L'insuffisance du voile du palais, fissure palatine, perte de substance du voile, adhérence partielle avec la paroi postérieure du pharynx, absence de la luette.

Ces contre-indications me paraissent exagérées et je crois qu'il est possible d'y remédier souvent.

Quant à la fissure palatine, qui constitue l'obstacle le plus sérieux à l'application de la méthode, elle se rencontre le plus ordinairement dans des conditions telles, que le cathétérisme de la trompe est rendu facile même pour des mains inexpérimentées, car on arrive à voir par la bouche l'orifice pharyngien de l'oreille moyenne et à y introduire facilement le bec d'une algalie.

On a fait une objection au procédé de Politzer : c'est d'insuffler de l'air ou des vapeurs médicamenteuses dans les deux oreilles à la fois, alors qu'une seule réclame son emploi et que l'autre est saine ou ne nécessite nullement son application. Cela est vrai, mais de peu d'importance.

En effet, le catarrhe de la trompe et de la caisse est souvent double ; dans ces cas, le procédé a plus d'avantages que d'inconvénients ; il est, en outre, d'une si grande innocuité, qu'en admettant même qu'une seule oreille soit malade, en agissant avec modération, il n'en résultera aucun danger pour l'oreille saine. Quant aux vapeurs médicamenteuses, elles sont sans doute efficaces pour l'oreille malade, mais aussi complétement inoffensives pour l'oreille intacte.

En résumé, le procédé de Politzer est un moyen nouveau et facile d'insuffler de l'air ou du gaz dans l'oreille moyenne, à la portée de tous les praticiens, susceptible d'être employé par les malades eux-mêmes, applicable aux personnes pusillanimes, et plus particulièrement aux enfants ; il ne détrône pas le cathétérisme

---

([1]) *Arch gén. de méd.*, 1866, t. II, p. 726. *Revue critique.*

de la trompe d'Eustache ; mais les cas où cette opération devient indispensable sont désormais plus restreints.

Il est de toute évidence qu'il faudra toujours sonder pour introduire des bougies, remédier aux engorgements tenaces de la muqueuse, avec rétrécissement du conduit, et injecter dans la caisse des substances actives, comme le sulfate de zinc, la strychnine, etc. ; mais ces cas, relativement rares dans la pratique, pourront alors être renvoyés devant un spécialiste, qui traitera en dernier ressort, sans que pour cela le médecin ordinaire du malade soit lésé dans sa réputation.

Je terminerai ce que j'avais à dire du procédé dont je préconise l'emploi par une citation empruntée à mon savant et vénéré maître feu Forget, citation qui fera comprendre les motifs qui m'ont poussé à publier ce travail :

« Ce sont les difficultés attachées à certains procédés opératoires qui éloignent les médecins de l'étude des maladies de l'oreille ; c'est donc rendre service à l'art et à l'humanité que de chercher à faire comprendre aux praticiens que l'instrumentation n'est applicable qu'à des faits exceptionnels ; et que, dans la grande majorité des cas, on peut traiter avec succès les affections dont il s'agit, sans posséder cette habileté manuelle dont les spécialistes s'attribuent le privilége [1]. »

CHIMIE ET PHARMACIE.

Considérations générales sur les propriétés de la glycérine ;

Par M. Surun, pharmacien.

De même que le quinquina, le fer, le goudron et ses dérivés semblent être une source inépuisable de produits nouveaux dont s'enrichit chaque jour la thérapeutique, de même la glycérine, par ses propriétés diverses, voit sans cesse s'élargir le champ de ses applications.

Restée longtemps dans l'oubli, elle est devenue tout à coup, après les mémoires de MM. Cap et Garot, l'excipient médical par excellence.

Les auteurs du nouveau Codex viennent de consacrer l'utilité de

---

[1] Forget, *Du traitement des maladies de l'oreille par l'insufflation et le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Bull. de Thérap.*, t. XLII, p. 224 (1852).

la glycérine et des glycérolés en leur assignant une place importante dans la pharmacopée française.

Dans ces dernières années, la glycérine a été l'objet de nombreux travaux tant en France qu'à l'étranger ; M. le docteur Demarquay a réuni dans un volume dont il vient de publier la troisième édition ([1]), les documents les plus importants qui se rattachent à cette intéressante substance. Chercheur infatigable, M. Demarquay a puissamment contribué à vulgariser la glycérine et ses applications.

Sans énumérer ici toutes les propriétés de ce nouvel agent médicamenteux, nous allons signaler les avantages qu'il présente au point de vue de son pouvoir dissolvant, de son action physiologique, et de ses applications au pansement des plaies et aux maladies de la peau.

1° *Pouvoir dissolvant de la glycérine.* — Comme l'alcool et l'eau, la glycérine dissout un grand nombre de substances médicamenteuses ; comme les corps gras, elle est douce, onctueuse au toucher ; elle présente sur ceux-ci l'avantage de ne pas rancir et d'être soluble dans l'eau. Nous avons constaté son pouvoir dissolvant sur les médicaments les plus usuels : substances gommeuses, matières colorantes, tannin, sucs végétaux, extraits, teintures, alcoolats, eaux diverses. Les acides, les sels alcalins, les bromures, iodures, chlorures, sulfures de potassium, sodium, calcium, plusieurs sels de fer, zinc, plomb, cuivre, mercure, argent, etc., divers alcaloïdes et leurs combinaisons sont solubles dans la glycérine en proportions variables.

La plupart des acides et des sels sont dissous par la glycérine sans aucune décomposition ; cependant les glycérines non distillées, contenant toujours une petite quantité de chlorures et de sulfates, précipitent en blanc, par le nitrate d'argent, le sous-acétate de plomb et le bichlorure de mercure ; une partie de ce dernier sel est transformée en protochlorure de mercure. Ces réactions ont une importance réelle pour les glycérolés liquides employés en collyre ; dans ce cas, il est indispensable de recourir à la glycérine obtenue par distillation ; cette dernière ne précipite ni par le nitrate d'argent, ni par le sous-acétate de plomb, ni par le bichlorure de mercure.

2° *Action physiologique de la glycérine.* — L'analogie de certains caractères de la glycérine avec ceux des huiles a fait penser pen-

([1]) *De la glycérine et de ses applications à la médecine et à la chirurgie*, par M. Demarquay, 3e édit. Asselin. Paris, 1868.

dant quelque temps que cette substance agissait comme les corps gras; que son action purement mécanique s'exerçait à la manière d'un vernis isolant, qui soustrayait les tissus malades au contact de l'air. Mais on n'a pas tardé à s'apercevoir que la glycérine possédait des propriétés particulières. Combien de praticiens, en effet, ont pu constater le léger sentiment de cuisson qui résulte de l'application de la glycérine sur une plaie ! Ce phénomène se manifeste aussi bien avec les glycérines chimiquement pures obtenues par distillation qu'avec les glycérines non distillées; il est le résultat du pouvoir énorme de pénétration de ce liquide.

Dans ses recherches sur la glycérine, appliquées à l'étude microscopique, M. Robin a constaté que cette substance était douée d'un pouvoir de pénétration tel, qu'elle imbibe successivement tous les éléments des tissus et rend évident des détails de structure qui, sans elle, eussent passé inaperçus.

Outre son pouvoir de pénétration, la glycérine possède des propriétés hygrométriques très-manifestes en vertu desquelles elle condense, sur la partie superficielle des téguments, la vapeur d'eau de l'air ambiant et y maintient cette fraîcheur persistante qui lui est propre.

Quant à l'absorption de la glycérine par la peau, elle nous paraît incontestable ; les faits consignés dans la thèse de M. Hébert, les expériences particulières de M. Réveil sont autant de preuves convaincantes. Du reste, la pratique journalière montre que les glycérolés sont plus actifs que les pommades. Le glycérolé de belladone au dixième, par exemple, appliqué pendant une heure sur certaines parties du corps rend très-manifestes les propriétés spéciales de la belladone, tandis que la pommade belladonée détermine les mêmes phénomènes avec une intensité bien moins grande et au bout d'un temps plus long. Cette absorption produite par la glycérine n'est-elle pas, en effet, une conséquence de son pouvoir de pénétration ?

3° *Applications de la glycérine au pansement des plaies et aux maladies de la peau.* — Parmi les chirurgiens, M. Demarquay est le premier, en France, qui ait appliqué la glycérine au pansement des plaies; après lui, MM. Denonvilliers, Maisonneuve, Morel-Lavallée, Desormeaux, Monod, Bazin, Richard, Trousseau, etc., se sont particulièrement occupés à en faire connaître les applications les plus heureuses.

Ce qui frappe surtout dans l'emploi de cet agent thérapeutique, c'est la manière aussi simple que facile avec laquelle il se prête à

tous les modes de pansement. Il ne souille ni les linges ni les instruments qui servent à son emploi; sa solubilité dans l'eau facilite singulièrement le nettoiement des plaies.

« Les plaies pansées avec la glycérine, dit M. Demarquay, offrent le plus bel aspect et sont d'un rouge rosé et humide, indice d'une vitalité robuste. Leurs bourgeons charnus n'ont jamais besoin d'être réprimés et fournissent une cicatrice régulière. Leur suppuration est modérée, résultat précieux dans beaucoup de circonstances où la nature doit faire les frais d'une large réparation. »

Le pouvoir dissolvant de la glycérine, sa propriété d'assouplir et de lubrifier les tissus organiques en font l'excipient par excellence des médicaments externes destinés aux maladies cutanées. Ses propriétés adoucissantes et hygrométriques, en maintenant sur la partie malade une certaine humidité, rendent son emploi éminemment utile chez les personnes qui ont la peau sèche, farineuse ou fendillée.

« Si l'on excepte, dit M. Demarquay, quelques maladies cutanées fébriles, il n'est pas d'affection de la peau à laquelle on n'ait opposé la glycérine ou les glycérolés.

« Les propriétés que nous avons reconnues à la glycérine devaient, en effet, recommander cette substance dans ces maladies. »

Les considérations qui précèdent montrent combien sont variées les propriétés de la glycérine. En appelant l'attention de nos lecteurs sur l'intéressant travail de M. Demarquay, nous avons voulu faire ressortir l'importance d'un agent médicamenteux que nous avons étudié d'une manière spéciale et dont les applications deviennent de plus en plus nombreuses.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Purpura hemorrhagica guéri rapidement par le perchlorure de fer.

Femme Prevost-Hévin, trente-sept ans, tempérament lymphatique. Mal réglée à seize ans, elle a été sujette à des écoulements leucorrhéiques abondants jusqu'à ce jour; elle est d'une santé médiocre, sans toutefois avoir jamais eu de maladie grave, se livrant à des travaux de culture qui dépassent ses forces, mais jouissant d'une certaine aisance et se nourrissant convenablement.

Vers le 4 octobre 1867, cette femme est courbaturée, prostrée.

Les jours suivants, elle éprouve un affaiblissement progressif, des douleurs lombaires. Bientôt une céphalalgie presque constante, de la pesanteur des paupières, une sensibilité excessive des oreilles, le dessèchement de la muqueuse buccale se joignent à ces symptômes. L'appétit se conserve et la malade persiste à travailler, quoique le pouvant à peine.

Le 23 octobre, céphalalgie violente. Gencives saignantes. Taches rouges et noires disséminées à la surface de la peau.

24. Mêmes accidents.

25. Mêmes accidents beaucoup plus intenses.

26. Je suis appelé et je constate l'état suivant :

Face pâle. Lèvres violacées. Gencives gonflées, assez fermes, pâles, laissant continuellement transsuder un sang décoloré, roussâtre, sans odeur. Langue portant sur la partie supérieure du bord gauche une tache très-noire d'un demi-centimètre. — Thorax criblé en avant et en arrière de taches, de points rouges et noirs de diverses dimensions. Membres thoraciques dans le même état. L'abdomen en est également couvert. Larges ecchymoses de 3, 6 et 8 centimètres éparses sur les cuisses, les jambes, jusqu'à la racine des ongles. Ces ecchymoses sont violet foncé au centre avec le pourtour verdâtre. L'impression du doigt les laisse dans le même état. Les piquetures signalées tout à l'heure s'étendent sur les régions que l'épanchement de sang n'a pas envahies.

Selles sanguinolentes. Pouls extrêmement faible, ainsi que les battements du cœur. Langue décolorée. Soif vive. Appétit médiocre.

Traitement : 1° 16 gouttes par jour de perchlorure de fer, en deux prises, dans un peu d'eau fraîche non sucrée.

2° Fréquents badigeonnages des gencives avec la mixture suivante :

Eau....................................	125 grammes.
Perchlorure de fer......................	40 gouttes.

3° Trois verres à bordeaux par jour de vin de quinquina : 12 grammes d'extrait pour un litre de vin.

4° Régime succulent, très-bon vin. Abstention de tout travail. Respirer le grand air.

27 octobre. Même situation.

Prescription : quatre verres de vin de quinquina; 20 gouttes de perchlorure de fer.

Badigeonnages *ut supra*.

28. Les gencives ne saignent plus. La plaque noire de la langue est tombée et la cicatrice ne donne pas de sang. Les ecchymoses semblent vouloir s'effacer et les piquetures pâlissent. Plus de selles sanguinolentes. Pouls encore bien faible, mais moins de prostration.

Prescription : 30 gouttes de perchlorure en trois prises.

Continuer le reste.

29. Digestion un peu pénible. Sensation de gêne, de poids à l'épigastre. Selles naturelles. Plus de céphalalgie. Appétit. Pas de nouvelles ecchymoses ni piquetures.

Même traitement.

30. Langue nette. Gencives fermes. Piquetures plus pâles. Un grand nombre ont disparu totalement de toutes les régions. Les ecchymoses pâlissent au centre et à la circonférence. Etat général meilleur.

Prescription : 20 gouttes de perchlorure.

Même traitement. Je supprime les badigeonnages.

31. La journée de la veille a été bonne. Le soir, la malade se sent même une vigueur inaccoutumée.

Je trouve les gencives encore décolorées avec un liséré rouge. Elles ne saignent plus. Langue nette. Pouls toujours faible. Ecchymoses pâlissant de plus en plus. Les taches rosées n'existent que sur les jambes.

Prescription : 16 gouttes de perchlorure; trois verres de vin de quinquina.

1er novembre. Nuit un peu agitée. Quelques douleurs lombaires. Liséré des gencives effacé. Plus de piquetures. Ecchymoses très-pâles. Pouls plus fort. La malade se sent très-bien.

2. Journée de la veille excellente. Gencives naturelles. Plus de taches ni de piquetures. Ecchymoses tellement effacées qu'on en voit à peine la trace. Pouls, battement du cœur presque naturels.

Je supprime le perchlorure de fer. Je prescris un régime tonique, et je revis la malade quelques jours après complétement revenue à la santé. Je lui fis prendre seulement pendant deux mois 5 centigrammes par jour de fer réduit et une alimentation forte. La guérison ne s'est pas démentie.

Dr Baudon.

Mouy (Oise), 31 décembre 1867.

BIBLIOGRAPHIE.

Notions d'anatomie et de physiologie générales. — De la génération des éléments anatomiques, par le docteur G. Clémenceau, ex-interne des hôpitaux de Nantes, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris, précédé d'une introduction, par M. Ch. Robin, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Ce livre ne saurait avoir, et n'a, en effet, d'autre prétention que de résumer les idées de M. le professeur Robin sur la génération des éléments anatomiques, telle qu'elle lui est apparue à la lumière de ses études microscopiques, et sur la manifestation des phénomènes vitaux qui ne sont, dans ces idées, que la mise en jeu successive des propriétés qu'acquiert la matière dans ces conditions spéciales de combinaison moléculaire. Avec quelque réserve qu'on admette les conclusions hardies auxquelles est arrivé sur ce point d'anatomie et de physiologie générales le célèbre professeur de la Faculté de médecine de Paris, on ne peut se défendre d'un véritable sentiment d'admiration en face des laborieuses enquêtes, des délicates investigations auxquelles il s'est livré, auxquelles il se livre tous les jours pour arriver à déchiffrer l'énigme que présente l'organisation vivante, depuis l'instant où elle ne consiste qu'en linéaments à peine figurés jusqu'à celui où, parvenue à son entier développement, elle devient le composé le plus complexe de la nature, et le théâtre des plus merveilleuses activités. Bien qu'en ces études difficiles on ne puisse souvent étudier les choses que par fragments, et dans une succession dont les interruptions inévitables nous cachent peut-être quelques-uns des phénomènes les plus essentiels, on comprend que toutes les curiosités de l'esprit s'y concentrent et se défendent mal contre les illusions qui s'y peuvent rencontrer. Sans vouloir en aucune façon mettre en doute la valeur des données qu'apportent à la science de la vie hygide ou morbide les applications du microscope dans l'élucidation des problèmes qui se posent ici, et sans manquer de respect aux hardis pionniers qui ne craignent pas de s'aventurer dans ces ténèbres, on peut au moins constater les divergences d'opinions qui se manifestent souvent parmi eux, à ces dernières limites du monde vivant observable. Aussi bien le livre de notre savant confrère, M. le docteur Clémenceau, tout comme la préface du maître qui le précède, sont-ils consacrés non-seulement à établir les bases d'une anatomie et d'une physiologie générales telles qu'ils les conçoivent, mais encore

à réfuter la théorie cellulaire ou de la métamorphose, telle qu'elle fleurit encore, à cette heure, au delà du Rhin. A ceux qui voudront s'édifier sur la valeur de cette critique, et prendre parti, s'ils le jugent nécessaire, pour l'une ou l'autre doctrine, nous conseillons de lire attentivement la préface de M. Robin, ainsi que l'appendice qui termine l'ouvrage, et où M. Clémenceau prodigue les trésors d'une érudition peu variée peut-être, mais puisée à bonne source. Mais nous ne voulons pas insister davantage sur la partie critique d'un livre qui prétend surtout à affirmer d'une manière très-explicite une doctrine sinon entièrement neuve, hardiment renouvelée, tout au moins, dans sa large compréhension des faits fondamentaux de l'ordre biologique soit hygide, soit morbide, et nous allons, sans plus nous attarder en ces généralités, esquisser les idées principales émises dans un travail qu'il faut méditer pour en admettre la doctrine, ou s'en défendre, si l'on a donné l'assentiment de son esprit à une philosophie qui a cherché et croit avoir trouvé, au delà de la matière et des propriétés purement cosmiques, la raison de la vie.

Ainsi qu'il est facile de le comprendre, il nous serait impossible, sans dépasser de beaucoup les limites dans lesquelles nous sommes forcé de nous renfermer ici, d'exposer dans tous ses détails une doctrine où une interprétation sobre ne vient que de loin en loin commenter les données d'une analyse sans fin ; c'est dans le livre même de M. Clémenceau qu'il faut lire ces observations délicates ; et alors même, nous ne savons si, malgré les efforts du consciencieux vulgarisateur, on pourra, en l'absence de l'observation directe, se flatter de voir clair dans cette *sylva sylvarum* de faits qui ne se distinguent souvent les uns des autres que par les nuances les plus fugitives.

Quoi qu'il en soit à cet égard, voici très-sommairement, en nous bornant aux points de vue essentiels, quelques données dont il faut tout d'abord bien se pénétrer, si l'on veut retirer quelque fruit d'une lecture qui n'est pas sans difficultés pour un esprit non suffisamment préparé. L'analyse anatomique, poussée à ses dernières limites à l'aide du microscope, réduit le corps de l'homme en des corpuscules ultimes, qui sont les éléments anatomiques, et que l'analyse chimique à son tour décompose en principes immédiats. Ces éléments jouissent chacun d'une vie spécifique, et ne se transforment les uns dans les autres que très-exceptionnellement : cette métamorphose très-rare se renferme dans des limites très-étroites, et la théorie cellulaire qui établit que la cellule est le point

de départ de toute évolution organique, est une pure illusion, aussi bien en anatomie normale qu'en anatomie pathologique. Maintenant, ces éléments qui ont une vie autonome se combinent, se groupent suivant des lois fixes pour former les tissus, comme les tissus eux-mêmes s'associent entre eux pour former des organes, comme les organes, à leur tour, se fédéralisent pour constituer des appareils. Quel que soit le groupement moléculaire de la matière dans l'état statique où nous venons de la présenter, elle montre, en ces conditions, des propriétés de deux ordres : les unes lui sont communes avec la matière cosmique ; les autres lui appartiennent en propre, mais ne lui viennent pas du dehors, elles naissent de l'arrangement même qu'affectent les molécules dans un élément donné, et constituent la vie spécifique dont dérive cet élément. « M. Robin, dit M. Clémenceau, a caractérisé ces dernières du nom de *propriétés d'ordre organique*, ou *biologique*. Elles varient dans leurs manifestations, non-seulement avec la constitution physique et la composition moléculaire ou élémentaire, mais avec la forme et le volume de chaque élément anatomique en particulier. Elles sont au nombre de cinq : les unes dites *végétatives*, parce que ce sont les seules qu'on retrouve dans les éléments végétaux ; les autres qui, si l'on en excepte les spermatozoïdes de quelques plantes, ne s'observent que dans les éléments animaux, sont appelées *propriétés animales*. Les premières sont la nutrition ou rénovation moléculaire continue, le développement, la naissance, ou mieux la genèse spontanée au contact du semblable ; les secondes, la contractilité et l'innervation. » Si l'on ajoute à ces notions très-sommaires la notion du blastème interstitiel ou combiné que laissent exsuder incessamment les capillaires, blastème qui, bien que fourni par le plasma, s'en distingue immédiatement par une sorte de vie solidaire qu'il emprunte aux éléments auxquels il se mêle ; si, disons-nous, à ces notions on ajoute cette notion essentielle, on a, nous ne dirons pas la clef de la théorie de M. Robin, mais on est suffisamment préparé à le suivre dans la voie abrupte où il s'est si hardiment, je n'ose pas dire si témérairement, engagé.

Si incomplète, incorrecte même que soit cette esquisse, on le voit, il n'est fait appel là nulle part à une force quelconque qui ne sorte de la matière et la domine, la discipline, pour la diriger vers le but atteint, la vie, non pas seulement la vie des éléments, mais la vie collective, la vie une qui est la véritable vie. Plus que M. Robin lui-même, M. Clémenceau rejette comme une pure rêverie toute conception de la vie dans laquelle on fait intervenir du

dehors un principe quelconque pour en expliquer non-seulement l'origine, mais l'évolution harmonique en une unité, qui pourtant est nécessairement autre chose que la synthèse des vies individuelles sur lesquelles on insiste tant. Nous comprenons qu'un savant de l'ordre dont est assurément M. Robin, s'enivrant de sa propre pensée, s'exagérant la portée de ses originales recherches, se fasse à lui-même illusion, et arrive à se persuader qu'au delà de l'horizon dont il a reculé les limites, il n'y a plus rien ; mais se griser d'idées qui ne sont pas siennes, au point de ne rien voir au delà, comme le fait, en quelques pages de son livre, M. le docteur Clémenceau, c'est bien jeune ; que notre honorable confrère nous permette de le lui dire, car c'est la seule circonstance atténuante que nous trouvions à l'énormité de quelques pages que nous pourrions citer, et dont nous ne détacherons que le fragment suivant : « C'est à la physiologie, et à la physiologie seule, qu'il faut désormais recourir pour résoudre *toutes* les questions relatives à la *naissance*. Ce n'est plus à l'imagination, c'est à l'expérience, c'est à l'observation qu'il faut demander la solution du problème. Le temps est passé où l'on avait recours à l'intervention des forces surnaturelles (*panspermie*, *syngénèse*), une explication toujours prête de tout phénomène inconnu. Le merveilleux a dû reculer devant la science, mais il n'a cédé le terrain que pas à pas, en luttant toujours. Aujourd'hui, le mysticisme cherche à s'accommoder aux temps et aux faits. Il essaye de faire croire (*MM. P. Janet, Caro, Pasteur, Chevreul*, etc., etc.), probablement qu'il a changé de nature parce qu'il a changé de nom. Il annonce bien haut qu'il recherche l'alliance de la science, en avouant qu'il a réponse à toutes questions que la science est impuissante à résoudre. (*Nous ne connaissons pas de mysticisme qui se guinde sur de si hautes échasses.*) Voulez-vous connaître l'origine du monde, l'homme, sa naissance et sa vie, la raison d'être de ce qui est, l'essence des choses, etc. ? (*Dans ce chaos de questions, l'auteur a perdu le fil de sa logique ordinaire, ce me semble.*) Adressez-vous à lui, il possède, à cet usage des monceaux de démonstrations et de réfutations, des déductions logiques, des inductions irréprochables, des preuves tirées de l'observation de la nature, et de l'observation de nous-mêmes. (*Nous retombons encore ici dans le chaos.*) Il peut démonter l'univers devant vous, en compter les rouages, et vous en expliquer le mécanisme. (*Ici encore il me semble que ce n'est pas le mysticisme qui émet de telles prétentions : il est d'ordinaire plus humble, et ce n'est plus dans ce sens qu'il s'exalte.*) Que nous demande-t-il pour cela ? Rien... que la con-

cession d'un simple *à priori.* » Eh bien! oui, mon cher confrère, il y a dans toutes ces questions un *à priori* nécessaire; je vous dirai peut-être un jour quel il est. Aujourd'hui, je vous dirai seulement, pour rentrer dans la question dont vous n'auriez pas dû sortir, que les études de votre savant maître sont on ne peut plus intéressantes, mais qu'elles laissent le problème de la vie où elles l'ont trouvé, et que pour faire sortir la vie de cette merveilleuse confédération d'éléments sur lesquels il a peut-être jeté quelques lumières, il faut, suivant le mot de Thomas Brown (un mystique que vous ne connaissez probablement pas, mais que l'Angleterre vient d'exhumer d'un oubli immérité), un Phidias interne quelconque, sans lequel vous ne sortirez jamais du chaos d'éléments juxtaposés, alors même qu'ils seraient, par une force analogue à la cristallisation, morphologiquement déterminés: soyez-en certain, cet oracle est plus sûr que celui de Calchas.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement de la pneumonie par la médication alcaline [1]. — Ce n'est pas une nouveauté thérapeutique que l'emploi de la médication alcaline dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire, car, sans compter Mascagni, qui, il y a une soixantaine d'années, prescrivait aux malades atteints de cette affection de 24 à 32 grammes de sous-carbonate de potasse par jour, on se rappelle que Martin Solon voulut appliquer à la pneumonie le moyen qu'il dirigeait contre le rhumatisme articulaire aigu, c'est-à-dire l'azotate de potasse à haute dose, et que, plus récemment, le docteur Hamon (de Fresnay) a préconisé dans les même cas le bicarbonate de soude. Mais, sauf par ce dernier auteur [2], il n'a jamais été publié de documents capables de mettre les praticiens en état d'apprécier complétement la valeur de la médication alcaline dans la pneumonie. Aussi saisissons-nous l'occasion de mettre sous les yeux de nos lecteurs ce qu'un médecin anglais de mérite, le docteur Popham (de Cork) vient de communiquer au public sur ce sujet. Nous le faisons d'autant plus volontiers que tout ce qui se rapporte à la thérapie de la pneumonie est maintenant d'actualité.

Adoptant les idées du professeur Hughes Bennett, qui, comme

(1) *British med. Journal*, 28 décembre 1867.
(2) Voir *Bull. de Thérap.*, t. LVIII, p. 185.

on sait, fait consister son traitement à soutenir les forces du pneumonique par une bonne alimentation et des alcooliques en petite quantité, du vin préférablement, afin de le mettre en état de faire face à l'évolution naturelle de sa maladie, mais n'adoptant ces idées que dans une certaine mesure, M. Popham a été conduit à rechercher un médicament dont l'emploi, combiné avec l'alimentation graduée, fût apte à favoriser la résolution de la phlegmasie pulmonaire, sans débiliter le sujet, ou du moins sans porter à ses forces une atteinte ni profonde ni durable. Il a donné dans ce but la préférence aux alcalins, et parmi ceux-ci il a choisi le bicarbonate de potasse, qu'il administre largement dilué dans un liquide mucilagineux, point regardé par lui comme indispensable. En même temps, il nourrit de bonne heure, comme le professeur Bennett, et de plus, de bonne heure aussi, il fait appliquer des vésicatoires, ayant la conviction que ces épispastiques sont très-utiles et qu'ils risquent beaucoup moins de susciter une excitation générale ou de porter leur action sur les organes urinaires, quand leur emploi a lieu en même temps que celui des alcalins. Sous l'influence de ces moyens, M. Popham a vu céder la maladie, sans avoir jamais eu occasion de recourir à la saignée, ni générale ni locale, sauf pour cette dernière un petit nombre de cas. Depuis 1865, il y a eu dans son service hospitalier trente cas de pneumonie, qu'il a traités suivant la méthode qui vient d'être exposée, et sur ces trente cas, vingt-huit ont guéri; quant aux deux autres, qui ont eu une terminaison fatale, les malades avaient été apportés mourants à l'hôpital. Les sujets, dans ces trente cas, appartenaient à l'un et à l'autre sexe, et étaient d'âges divers, depuis deux jusqu'à soixante-cinq ans.

La quantité de bicarbonate de potasse administrée a varié de 5 grains (1 grain = 6 centigrammes), ou moins, pour une dose, chez les très-jeunes enfants, à une demi-drachme (1 drachme = 3gr.50) chez les adultes. Il est rarement nécessaire de dépasser cette dernière quantité. Le nombre des doses a été porté à quatre, six et quelquefois huit dans l'espace de vingt-quatre heures. La quantité moyenne pour un adulte a été de 2 à 3 drachmes par jour, moindre pour les personnes faibles ou avancées en âge. L'administration du médicament a été commencée dès que les malades se sont trouvés en observation, puis augmentée jusqu'à la période d'état, diminuée ensuite graduellement à mesure que la résolution faisait des progrès, et enfin continuée quelque temps encore après le début de la convalescence.

Les vingt-huit cas ci-dessus mentionnés devaient présenter et ont présenté, en effet, des exemples de la maladie à ses différents degrés, et avec les variétés que des circonstances contingentes peuvent leur imprimer. Ainsi, dans certains, il n'y avait, au moment de l'admission, que les signes de l'engouement; dans les autres, on trouvait l'hépatisation. Tous présentaient les caractères propres de la maladie, tels que la matité, le râle crépitant ou le souffle tubaire, les crachats rouillés dans le plus grand nombre des cas, et l'herpès labial dans environ la moitié. Ces signes, combinés avec l'état général, ne laissaient aucun doute possible par rapport au diagnostic. Dans six de ces cas, il y avait pneumonie double; dans huit, le poumon gauche était seul affecté; dans les quatorze autres, c'était le poumon droit.

Chez tous les malades, les effets du médicament furent attentivement surveillés. Chez un petit nombre, il semblait n'imprimer aux symptômes aucune modification appréciable, à l'exception d'un retour graduel à la convalescence; mais, dans la majorité des cas, il y eut des effets parfaitement sensibles et manifestes. De ces effets, le plus frappant consiste dans la modification de l'expectoration : après deux ou trois jours de l'usage du sel alcalin, les crachats cessent d'être visqueux, les bulles qu'ils contiennent deviennent plus grosses et renferment plus d'air, la teinte de rouille est remplacée par une coloration blanche, et, leur ténacité étant diminuée, ils sont rejetés avec facilité. La toux, au lieu d'être sèche, pénible, irritative, devient humide, facile et expulsive. Ainsi, les alcalins agissent indirectement comme sédatifs, non qu'ils aient une action calmante spéciale sur la toux, mais en faisant cesser l'état congestif dont la toux dépend.

L'effet du médicament qui s'observe peut-être le plus tôt est celui qu'il produit sur la langue. La langue des pneumoniques, comme on sait, présente habituellement un enduit blanc épais, qui, lorsque la maladie prend la forme typhoïde, devient sec, brunâtre et fuligineux. Très-peu de temps après que l'administration du sel de potasse a été commencée, une amélioration se manifeste dans l'aspect de cet organe : l'enduit pâteux semble se dissoudre en une salive plus abondante et plus liquide, les gencives deviennent un peu rouges et turgides, parfois avec une ligne blanche sur leurs bords, et toute la surface de la langue devient nette en peu de jours.

Du côté des poumons, comme le dénote l'auscultation, une amélioration locale se manifeste concurremment avec l'abaissement du pouls et de la température; ils ne reviennent du reste à leur état

normal que quelque temps après que les symptômes fébriles ont complétement cédé.

Il se produit dans l'urine des changements non moins remarquables. C'est une chose bien connue que, dans la pneumonie, l'état acide de cette excrétion est à son maximum, comme le prouve son action sur la teinture de tournesol, qu'elle rougit avec rapidité. Cette acidité, après une période variable de l'usage du bicarbonate de potasse, passe à l'état alcalin, neutre ou très-légèrement acide. M. Popham regarde cette alcalinité de l'urine comme la pierre de touche, en quelque sorte, de l'action du médicament, non d'une manière aussi décisive, il est vrai, que la salivation par rapport au mercure, mais suffisante à la fois et pour faire voir si le médicament a été administré à propos, et pour servir à en régler les doses. Ce changement d'ailleurs se produit rarement avant le troisième jour ; il persiste quelques jours après la cessation du sel alcalin. Les autres modifications de l'urine demandent à être étudiées avec soin. Il va de soi que la quantité en est accrue par les liquides au moyen desquels le sel est dilué. La coloration foncée, indiquant un excès de pigment dû à l'intensité de l'état inflammatoire, ne tarde pas à pâlir.

Dans le cas où il existait de la douleur de côté, des vésicatoires venaient en aide au traitement d'une manière très-avantageuse, mais appliqués pendant quatre ou six heures seulement, car, quand on les laisse longtemps, douze heures ou davantage, ils deviennent nuisibles par la douleur et l'excitation qu'ils occasionnent et l'épuisement qui en résulte. A l'encontre du jugement porté sur ce moyen par de sérieuses autorités, M. Popham le considère comme exempt de tout danger, même employé de bonne heure, ce qu'il attribue à l'usage simultané du traitement alcalin et délayant. Dans aucun des cas cités, il n'y a eu de strangurie, ni d'albuminurie, résultant de l'absorption de la cantharidine.

Quant à l'alimentation, M. Popham déclare s'être complétement conformé aux recommandations du professeur Bennett, relativement à l'emploi du bon thé de bœuf et du lait, donnant chaque jour de l'un et de l'autre une quantité qui variait de trois à quatre pintes et davantage. Il a été, dit-il, rarement nécessaire d'accorder plus de 4, 6 ou 8 onces de vin, excepté dans les cas où la maladie était déjà arrivée, avant l'admission, à un degré avancé, cas dans lesquels des stimulants plus énergiques se trouvaient requis. Chez les enfants, le vin n'a pas été administré dans la plupart des cas.

Règle générale, plus est récent le degré de la pneumonie, plus a d'action le traitement alcalin. Il l'a employé, toutefois, avec avantage à des périodes avancées, bien que l'état plastique du sang eût diminué. Le seul empêchement à son emploi consisterait dans un état d'irritation considérable de l'estomac ou de l'intestin, venant compliquer la maladie principale ; mais, dans ces cas, dès que les vomissements ou la diarrhée sont calmés, on peut recourir au sel de potasse avec tout avantage.

Certaines personnes désireraient peut-être, afin de pouvoir apprécier la valeur de ce traitement, que l'auteur eût donné des tableaux statistiques faisant connaître ses résultats, et permettant de les comparer à ceux fournis par les autres méthodes. Mais, outre qu'il a donné des chiffres qui peuvent bien passer pour satisfaisants, M. Popham fait remarquer qu'en général, les statistiques dressées dans le but de faire apprécier la valeur des diverses méthodes de traitement de la pneumonie au moyen des résultats qu'elles ont procurés, laissent beaucoup à désirer et sont difficilement comparables, les auteurs n'ayant pas adopté de terme identique pour y rapporter l'époque de la guérison, puisque les uns la placent, par exemple, au début de la convalescence, et les autres à l'époque de la sortie de l'hôpital. Il pense, en conséquence, que, jusqu'à ce qu'on soit tombé d'accord sur ce point, les tableaux relatifs à la durée de la pneumonie sous l'influence de tel ou tel traitement seront tout à fait sans valeur et sans utilité, et il se borne à déclarer, en terminant, qu'après avoir eu recours à tous les modes de traitement connus de la pneumonie, il n'en a expérimenté aucun qui lui ait donné des résultats aussi invariablement satisfaisants que celui qui vient d'être exposé.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi des injections hypodermiques. La commission de la Société médico-chirurgicale de Londres qui avait été chargée d'étudier l'action physiologique et les applications curatives des injections hypodermiques, vient de publier un consciencieux et intéressant rapport (*Médico-chirurgical Transactions*, vol. V, 1867, p. 561). Elle est arrivée aux conclusions suivantes, qu'elle a formulées par l'organe de son savant rapporteur, le docteur Reginald E. Thompson : 1° Il ne faut employer que des solutions neutres et parfaitement limpides pour se mettre à l'abri des accidents d'irritation locale ; 2° que les médicaments actifs soient injectés sous la peau ou qu'ils soient administrés par la bouche ou par le rectum, les principaux effets physiologiques ou thérapeutiques sont les mêmes, bien que leur intensité soit un peu différente ; 3° toutefois, les

médicaments employés en injections hypodermiques offrent quelques symptômes particuliers, et d'un autre côté leur usage est affranchi de certains inconvénients inhérents à l'emploi des mêmes substances par la bouche ou par le rectum ; 4° en règle générale (il y a cependant quelques exceptions), les médicaments en solution neutre et limpide introduits sous la peau sont absorbés plus rapidement et produisent plus d'effet que quand ils sont confiés à l'une ou l'autre de ces deux voies d'absorption ; 5° il n'y a aucune différence dans les effets obtenus, que l'injection soit pratiquée près du point malade ou à distance ; 6° les avantages de cette méthode sont la rapidité de l'action, l'intensité des effets, l'économie du médicament, la certitude de l'action, la facilité de l'administration du médicament dans certains cas, et la possibilité d'éviter pour quelques substances des effets désagréables. La conclusion générale est que la méthode hypodermique doit être préférée quand on veut agir énergiquement et rapidement à l'aide de substances actives ou de petites doses. Les essais de la commission ont été faits avec l'aconitine, l'atropine, la morphine, la strychnine, la quinine, la fève du Calabar, la conicine, l'acide prussique, l'iodure de potassium, la podophylline, la colocynthine, l'aloës, la solution d'opium de Battley. Nous voudrions analyser complétement ce volumineux et consciencieux rapport, mais force nous est de nous borner à une indication rapide. (*Gazette hebdomadaire.*)

———

Emploi des injections sous-cutanées de morphine dans le traitement de l'asthme. Le succès de la morphine dans le traitement des névroses a donné au professeur Hirtz l'idée de l'employer contre cette névrose particulière appelée *asthme essentiel*.

Il l'expérimenta d'abord sur une jeune fille, grande, belle, et intelligente, parfaitement saine du reste, mais ayant, vers l'époque de ses règles, des attaques prolongées d'asthme. Elle avait alors la respiration tellement sifflante, qu'on l'entendait sous la porte de sa chambre. Il lui injecta, pendant un paroxysme, 0gr,01 d'acétate de morphine au bras. Récit très-pittoresque du soulagement qu'éprouve la jeune malade, au bout de cinq minutes, de son étonnement et des marques de sa reconnaissance, elle et ses parents. La seringue à injection est devenue désormais « l'ange gardien de cette jeune fille. » N'oublions pas de dire qu'elle avait été traitée par l'extrait de stramoine, l'atropine, la cicutine, les vésicatoires, les saignées, etc. Jusqu'ici aucune attaque n'a résisté à l'injection. Il n'a pas fallu augmenter la dose.

Ce n'est qu'un traitement palliatif, il est vrai, mais d'une efficacité « merveilleuse. » Qui sait si, à force de neutraliser les attaques, on ne finit pas par déshabituer peu à peu l'organisme de ces sortes de spasme, et à guérir radicalement le mal ?

Viennent ensuite des observations curieuses, où l'on voit des accès d'asthme, *symptomatiques* cette fois, d'affection pulmonaire ou cardiaque, comme *coupés* par une injection.

M. Hirtz rapporte les résultats de l'expérimentation de l'injection du sulfate d'atropine, contre l'asthme. Il conclut que l'atropine, à la dose de 0gr,002, agit plus rapidement, mais moins durablement, que 0gr,01 de morphine ; que, dans les cas d'accès répétés, il est bon d'alterner avec les deux médicaments, déshabituant ainsi le système nerveux du remède employé en premier lieu, et lui rendant toute son énergie primitive quand on y reviendra. (*Société de médecine de Strasbourg.*)

———

Appareil nouveau pour la compression alternante et élastique des artères. M. Sarazin (de Strasbourg) trouvant d'une application difficile les différents compresseurs de Velpeau, Michon, Broca, Anger, etc., propose un appareil nouveau qui permet d'obtenir la compression alternante et élastique de toutes les artères accessibles à la compression indirecte. « On entoure le membre sur lequel doit porter la compression, d'une couche de coton cardé ou d'une bande de flanelle, puis deux ou trois bandes solidifiées au moyen de la dextrine, ou mieux du silicate de potasse. Tout mélange solidifiable un peu résistant peut sans inconvénient remplacer ces deux substances. Le membre se trouve emprisonné, mais non comprimé, dans un appareil inamovible exactement moulé sur lui. La solidification une fois obtenue, on dessine sur la surface de l'appareil le trajet de l'artère, et sur ce trajet on pratique deux fenêtres ovales ayant

les dimensions des pelotes compressives ordinaires.

« On taille ces dernières dans du liége, en leur laissant de 5 à 8 centimètres de hauteur, suivant la profondeur à laquelle elles doivent agir. Placées alternativement sur le trajet de l'artère et séparées de la peau par la couche de coton cardé ou de flanelle, elles sont assujetties au moyen d'une bande en caoutchouc, dont les tours, en se multipliant et en se superposant, augmentent à volonté la compression de l'artère sans comprimer le membre protégé par l'appareil. On peut, si on le juge nécessaire, placer en dedans des bandes solidifiées le coin de bois au moyen duquel M. Anger cherche à empêcher l'artère de fuir devant la pression qu'on exerce sur elle. On peut aussi l'appliquer en dehors de l'appareil, qu'il déprime avant la solidification et le retirer lorsque la carapace a acquis une consistance suffisante. »

Des expériences sur le cadavre et aussi sur le vivant paraissent avoir démontré à M. Sarazin toute l'utilité et l'importance de son ingénieux appareil. Nous pensons qu'on doit l'essayer, et qu'on pourra, grâce à lui, se passer de la compression digitale si pénible, si difficile parfois à exécuter et surtout à faire exécuter. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Deux cas de mort à la suite d'injection de la liqueur de Villate. Nous avons à plusieurs reprises attiré, dans ce recueil, l'attention de nos confrères sur les bons effets de la liqueur de Villate; il est de notre devoir de leur en signaler les inconvénients. Deux cas de mort presque subite à la suite d'injection de ce liquide viennent d'être signalés.

Le premier fait est dû à M. Hergott (de Strasbourg); il date de 1863. Il s'agissait d'un petit garçon de dix ans atteint de fistules dans la région trochantérienne. On fit une injection d'une très-petite quantité de liqueur de Villate ; le malade accusa immédiatement une douleur vive; il eut un vomissement, la face devint livide ; les extrémités se refroidirent et le soir même le malade mourut.

La seconde observation appartient à M. Heine. Une jeune fille de douze ans, à la suite d'une résection des os du tarse, avait conservé des trajets fistuleux. On pratiqua une injection de liqueur de Villate ; la moitié d'une petite seringue à injection environ fut injectée sous une pression assez forte. La malade accusa aussitôt une vive douleur et une grande quantité de sang s'écoula par la plaie. Quelques minutes après, la malade était d'une pâleur cadavérique, frisson violent, refroidissement des extrémités, pouls petit et accéléré. La température, qui, le matin, était à 88 s'abaissa à 34. Le pouls à 140 s'affaiblit et la malade mourut à minuit, le jour même de l'injection.

M. Heine n'hésite pas à rapporter la mort à l'entrée de la liqueur de Villate dans les vaisseaux, et se fondant sur des expériences entreprises sur des chiens, il pense que cette liqueur n'est toxique que par l'acide acétique qu'elle contient. Aussi il propose de modifier la composition de la liqueur de Villate et a donné la formule suivante dont il s'est servi avec succès :

Sulfate de cuivre. .	12	grammes.
Sulfate de zinc. . .	12	—
Eau distillée. . . .	250	—

(*Gazette hebdomadaire.*)

Sur les caractères du sulfure de potasse. Le sulfure de potasse étant tous les jours de plus en plus employé en thérapeutique, il est important que les médecins qui le prescrivent et les pharmaciens qui le délivrent joignent à la connaissance de ses effets et de sa composition, que tous possèdent, celle de ses propriétés physiques, afin qu'interrogés sur elles, ils puissent répondre à leurs clients de manière à ne laisser aucune arrière-pensée. — Le sulfure de potasse, si fréquemment employé en bains sulfureux, a une couleur verte; or, il y a des établissements de bains et des pharmacies desquels le sulfure vert a été banni, et, qui, en faisant leur demande à la droguerie, ont bien soin de faire suivre le sulfure de l'adjectif *blanc* écrit en grosses lettres.

Quel est donc ce sulfure blanc ? C'est tout simplement le sulfure vert qui a pris les insignes de la vieillesse, c'est du sulfure ayant séjourné plus ou moins longtemps dans les magasins du fabricant de produits chimiques ou du droguiste, et qui, par suite de son contact avec l'air extérieur, a absorbé de l'oxygène et s'est transformé en sulfate et hyposulfite de potasse. Lorsqu'il est passé par cette transformation, il a subi toute action et doit être rejeté de la pratique. Le sulfure qui donnera les résultats que l'on est en droit d'attendre est un pentasulfure de potas-

sium ayant pour formule KS^3. Il est vert à l'extérieur, déliquesceut, très-soluble dans l'eau et dans l'alcool et présente une cassure brillante dont la couleur brune rappelle celle du foie; c'est lorsqu'il présente tous ces caractères qu'on doit l'employer. — Pour le conserver, il suffit de le tenir dans un endroit sec et daus un vase bien bouché. (*Journal de médecine de Lyon.*)

Traitement du psoriasis. Il n'est question ici que du psoriasis non syphilitique. L'auteur commence par insister sur l'influence heureuse pour le psoriasis du seul changement de vie; mais, comme remède, il n'en est encore aucun connu qui guérisse le psoriasis sûrement et en tous pays, et cependant il en existe un, c'est la diète animale, le régime Banting, moins le vin, la bière, le grog et autres alcooliques agissant d'une manière fâcheuse sur le psoriasis, tandis que le lait, le cochon, la viande grasse, le lard cuit, prohibés du régime Banting, sont avantageux au psoriasis. Quelle que soit l'explication chimique ou physiologique, il est certain que la diète végétale cause et entretient le psoriasis chez certaines constitutions, tandis que la diète animale quelquefois le guérit rapidement.

Le psoriasis est certainement dû à un état général (hématopoïèse et nutrition défectueuses); ce n'est pas une maladie simplement locale. L'on peut supposer que l'affection se traduira tantôt par une hypersécrétion épidermique, tantôt par une hypersécrétion épithéliale à la surface libre des muqueuses. Passavant a rattaché un ictère chez un psoriasique à une oblitération du canal cholédoque par un bouchon épithélial; mais surtout il admet des bronchites, et autres catarrhes, peut-être même certaines phthisies, comme appartenant au psoriasis; et il propose comme traitement la diète animale et les graisses. L'auteur croirait volontiers que les phthisies pulmonaires, rapidement améliorées par l'huile de foie de morue, ne sont que des bronchites psoriasiques. Si un régime exclusivement végétal produit le psoriasis, un régime exclusivement animal paraît être la cause principale du scorbut. (*Arch. der Heilkunde*, et *Riv. clin. di Bolonia*, 1867, p. 242.)

Contagion du choléra démontrée. Nous empruntons à notre très-honoré confrère le docteur Caffe l'article suivant, qui vieut tout à fait à l'appui de l'opinion que nous soutenons sur la transmission du choléra :

« On l'a répété à satiété, et la plus rapide réflexion vient le confirmer, ce n'est pas dans les villes que l'on peut suivre la marche, la filiation d'une épidémie quelconque; que l'on peut s'assurer de sa nature transmissible ou non par voie de contagion, quel qu'en soit le mode : il faut observer ces fléaux dans les hameaux, dans les villages, et malheureusement l'occasion n'est pas rare ! Plus ces villages sont isolés et habités par des familles sédentaires, plus il est facile de suivre, sans erreur aucune, l'importation, la marche de l'épidémie. Toute prévention disparaît alors complétement; l'opinion préconçue sur la contagion ou la non-contagion n'est plus possible; les faits sont là qui se touchent, frappent par leur évidence, lorsqu'il s'agit du choléra indien qui est toujours le résultat d'une importation sur un terrain, choses, animaux ou hommes, préparés par des conditions anti-hygiéniques à la multiplication de ces champignons, de ces mucédinées, plus abondants dans les déjections cholériques que partout ailleurs.

« M. le docteur Schmidt a fait à la Société vaudoise de médecine un rapport sur une épidémie de choléra à Fully (Valais), qui a sévi pendant l'année 1867, et qu'il fut seul à combattre dans ce pays dénué de toutes ressources. Il eut à faire preuve d'une grande énergie, après avoir obtenu pleins pouvoirs des autorités, ce qui ne serait jamais accordé à un médecin en France.

« La maladie éclata dans le hameau de Brouson, dépendance de la commune de Fully; c'est un groupe de maisons accolées à la montagne. Les habitants ne quittent pas leur pays; ils croupissent dans la misère et la malpropreté. Obligés de travailler dans les marais, les Brousonnais sont sans cesse labourés par les fièvres paludéennes. Souvent, une seule chambre étroite contient toute une famille et réunit sept ou huit lits. Il n'existait dans ce hameau ni fosses d'aisances ni vases de nuit, mais des collecteurs en bois que l'on vide sur un tas de fumier voisin de la maison, et encore attend-on pour cela que ce collecteur soit tout à fait plein. On voit par là toutes les conditons fâcheuses qui peuvent faire appel au choléra, même à distance.

« M. Schmidt a toujours pu constater sans le moindre doute la contagion du choléra. La première victime fut le nommé Bozon, âgé de quarante-quatre ans, qui revenait de Martigny où il avait travaillé et où régnait le choléra ; il fut emporté en douze heures. La seconde victime fut un nommé Mathieu, qui avait soigné Bozon et qui l'avait mis dans le cercueil. La femme de Mathieu, tombée malade le 26 août à neuf heures du matin, expirait le même jour à minuit.

« La consternation dans le hameau de Bozon fut bientôt à son comble, tous voulaient émigrer et en masse ; deux considérations les retinrent : la douleur de se détacher de leur misérable demeure, ce qui coûte toujours plus au pauvre qu'au riche, et la crainte très-fondée d'être repoussés par les habitants des communes voisines.

« Alors arriva le docteur Schmidt ; investi d'un pouvoir discrétionnaire et quasi dictatorial, muni d'une somme d'argent suffisante, et de tous les médicaments utiles. Il fit enfoncer les portes d'une maison appartenant au curé d'Orsières, qui, dans cette occurrence, s'estima heureux d'être utile à ses concitoyens. Un lazaret fut établi dans cette maison abandonnée.

« Le département de l'intérieur (Valais) avait fourni le linge, et la commune avait donné pour mille francs de vivres et de vin. Tous les jours, la cloche du hameau réunissait les pauvres pour la distribution du pain, de la viande, de la soupe et du vin. On portait aux convalescents une nourriture spéciale.

« On fit une distribution de vases de nuit, avec force sulfate de fer et chlorure de chaux. Toutes les déjections étaient désinfectées et non plus jetées, mais enterrées ; les maisons assainies avec du chlorure de chaux en vapeur ; les planchers lavés à l'eau bouillante. Les linges n'étaient lessivés qu'après vingt-quatre heures d'immersion dans du chlorure de chaux. Après chaque vomissement, le sol contaminé devait être lavé à l'eau bouillante.

« Ces mesures, énergiquement exécutées à la diligence de notre vaillant confrère, éteignirent l'épidémie et la sécurité fut ramenée. »

De pareils faits sont cités tous les jours, et il y a encore des médecins anticontagionistes déclarés. Aucune tendance n'est plus fâcheuse : car, qu'on le sache bien, nous ne savons... guérir le choléra, mais nous pouvons faire mieux : nous pouvons le *prévenir*. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Guérison d'un cas d'épilepsie par un appareil compresseur. M. Broca a présenté un appareil compresseur destiné à prévenir les attaques d'épilepsie, construit par M. Gendron, orthopédiste, d'après les indications de M. le docteur Rozier (de Bordeaux).

Voici le résumé du fait qui a amené notre ingénieux confrère à inventer cet appareil :

Un carrier présentait des accès d'épilepsie précédés d'un *aura* caractérisé par des tressautements et des mouvements convulsifs dans l'index droit.

Les médications les plus diverses et les plus usuelles avaient en vain été essayées : c'est ainsi qu'on est passé successivement de la valériane à l'oxyde de zinc, de l'oxyde de zinc à la belladone, et de la belladone au bromure de potassium. Toutes ces médications ont eu le même résultat négatif. Elles n'ont en rien arrêté ni modifié les attaques.

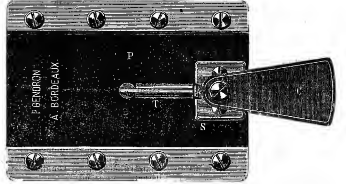
Tous les traitements médicaux ayant échoué, le docteur Rozier a proposé purement et simplement de comprimer le nerf ou les nerfs par l'intermédiaire desquels l'*aura* paraît se propager vers les centres nerveux. Or, ici, c'est à la fois sur le radial et sur le médian que la compression devait agir. Il a donc fait construire un compresseur qui, placé autour du bras sous forme de brassard, est porté continuellement par le malade. Celui-ci, dès que l'*aura* se manifeste, tire la petite lame de cuir qui lâche la détente, et les nerfs se trouvent immédiatement comprimés.

Or, depuis onze mois que le malade porte son bracelet, il a pu conjurer toutes les attaques dont le début lui était annoncé par l'*aura*. Il n'a pas une seule fois perdu connaissance, et il a pu reprendre sa dangereuse profession de carrier. Les attaques ont toujours et promptement avorté par la détente du bracelet, et elles paraissent s'éloigner.

Ce fait est digne d'attention, car ce

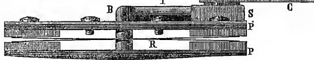
compresseur est susceptible d'être appliqué aux différents points du corps d'où part l'*aura* quand il existe.

Le compresseur de M. Rozier se compose de deux plaques en acier poli PP, épaisses de 1 millimètre 1/2, longues de 6 centimètres 1/2, larges de 5 centimètres. Entre ces deux pla-



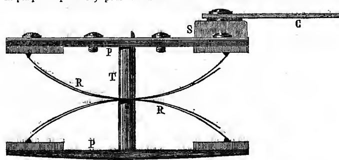
N° 1. Appareil vu par dessus.

ques sont placés deux ressorts à double feuillet **RR**, agissant en sens inverse et ayant pour but d'éloigner, par un mouvement de détente, les plaques l'une de l'autre de 3 centimètres environ. Une petite tige **T**, articulée vers



N° 2. Appareil vu de profil, fermé.

son milieu et fixée à la plaque inférieure, traverse les deux ressorts et la plaque supérieure, pour s'abattre lorsque l'appareil est armé, au point de la brisure B jusqu'à une petite serrure à boudin S.



N° 3. Appareil vu de profil, ressorts développés.

Des courroies fixées sur la plaque supérieure au moyen de quatre vis et d'une branche métallique permettent de placer l'appareil autour du membre. Une lanière de cuir C est également fixée sur la serrure ; elle sert à détendre le ressort. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

La circulaire suivante est adressée par le conseil général à MM. les présidents des sociétés locales :

« Paris, le 10 février 1868.

« Monsieur et très-honoré confrère,

« Par la circulaire en date du 25 novembre dernier, vous avez été informé que, sur la demande du conseil général, S. Exc. M. le ministre de l'intérieur autorisait l'Association générale à lui présenter une liste des personnes qu'elle voudrait voir investies de la présidence de l'Œuvre, et que M. le ministre consentait également à ce que cette désignation fût différée jusque après l'assemblée générale des 19 et 20 avril prochain, époque où cette assemblée pourrait procéder au vote.

« Le conseil général a cru devoir s'abstenir de tout conseil, même de toute indication qui aurait pu gêner la liberté de votre vote, et de plus il n'a pas voulu qu'il fût répondu, officiellement ou officieusement, aux nombreuses demandes de renseignements qui lui ont été adressées à ce sujet.

« Mais il restait au conseil général un devoir à remplir, afin que, le jour où l'assemblée générale serait mise en demeure d'exprimer un vote, ce vote ne s'égarât pas sur des personnes qu'il saurait ne pouvoir ou ne vouloir accepter les honneurs et les charges de la présidence.

« Ce devoir délicat, le conseil général l'a rempli avec la dignité qui convenait à notre grande institution et, de ses informations comme des promesses qui lui ont été faites, il résulte que l'assemblée générale pourra voter avec confiance sur la liste suivante des noms qui vous sont présentés ici par ordre alphabétique :

« M. le baron Hippolyte LARREY, commandeur de la Légion d'honneur, chirurgien ordinaire de l'Empereur, membre du conseil supérieur des armées, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, etc. ;

« M. RICORD, commandeur de la Légion d'honneur, président de l'Académie impériale de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, etc. ;

« M. TARDIEU, officier de la Légion d'honneur, ancien doyen et professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin consultant de l'Empereur, membre de l'Académie impériale de médecine, président du comité consultatif d'hygiène publique de France, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc.

« M. le ministre de l'intérieur a demandé que *plusieurs* noms lui soient présentés ; mais il est bien entendu que ces noms lui seront présentés dans l'ordre que le nombre des suffrages assignera à chacun d'eux.

« Il est encore bien entendu qu'en dehors de cette liste les suffrages de l'assemblée générale peuvent se porter sur d'autres personnes, et le conseil général ne pourrait voir qu'avec satisfaction que, par exemple, et pour affirmer de nouveau le lien qui unit la famille médicale des départements et de Paris, le nom d'un président d'une de nos sociétés locales se trouvât également désigné au choix de l'Empereur pour la présidence de l'Association générale.

« Veuillez agréer, monsieur et très-honoré confrère, la nouvelle assurance de nos sentiments dévoués.

« *Le vice-président*, CRUVEILHIER.

« *Le secrétaire général*, Amédée LATOUR. »

Par décret en date du 29 janvier dernier, M. le baron Larrey a été nommé membre du conseil consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux près le ministère de l'intérieur, en remplacement de M. Rayer.

Par décret du 15 janvier 1868, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre, au grade de médecin-major de 1re classe :
MM. Poppleton, Reeb, Bézins et Lecard, médecins-majors de 2e classe.

Par décret en date du 5 février 1868, M. le médecin en chef Dufour a été élevé au grade de directeur dans le corps de santé de la marine, et M. Richaud, médecin principal, a été promu au grade de médecin en chef dans le corps de santé de la marine.

A l'Ecole de médecine de Marseille, une chaire de physiologie et une chaire de chimie médicale ont été créées : M. Bertulus, professeur-adjoint de clinique interne, a été nommé professeur de pathologie, en remplacement de M. Bartoli, nommé professeur honoraire ; M. Fabre, suppléant pour les chaires de pathologie et clinique médicales, a été nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Bertulus.

Cinquante médecins ou avocats viennent de fonder, à Paris, une *Société de médecine légale.*

Un projet de statuts avait été étudié et préparé par une commission provisoire, composée de MM. Devergie, Paul Andral, Gallard et Legrand du Saulle. Ces statuts, discutés en assemblée générale, à la Faculté de médecine, le 10 février, ont été légèrement modifiés, puis définitivement adoptés.

Conçue dans un plan grandiose, la *Société de médecine légale* est composée de médecins, de chirurgiens, d'avocats, de jurisconsultes, d'experts près les tribunaux, d'aliénistes, d'hygiénistes, d'anatomistes, de syphiliographes, d'accoucheurs, de chimistes, de toxicologistes, de micrographes et de pharmaciens.

La *Société de médecine légale* a procédé à l'élection des membres de son bureau. Ont été nommés :

Président, M. Devergie ; — Vice-présidents, MM. Vernois et Paul Andral ; — Secrétaire général, M. Gallard ; — Secrétaires, MM. de Rothschild et Legrand du Saulle ; — Archiviste, M. Jules Falret ; — Trésorier, M. Mayet.

L'Académie des sciences a nommé M. Laugier membre titulaire, en remplacement de M. Velpeau, par quarante suffrages sur cinquante-huit votants.

La Société de chirurgie a décerné le prix Duval (prix de thèses) de la façon suivante :

Prix Duval : à M. Théophile Anger, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Accessit, ex æquo : à M. Causit, ancien interne des hôpitaux de Paris, et à M. Dudon, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

On annonce la mort de M. Léon Foucault, membre de l'Institut, et de M. le professeur Jaumes, de la Faculté de médecine de Montpellier.

Le docteur A. Leguelinel de Lignerolles vient de succomber, à l'âge de cinquante-huit ans, dans la commune de Planquery, dont il était maire. Il laisse un fils, interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons reçu du docteur Phélippeaux une lettre qui vient compléter et rectifier l'observation signée de son nom dans le numéro du 15 février ; nous la publierons dans le prochain.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'influence de la digitale sur le pouls (1);

Par M. le docteur Constantin PAUL, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

La digitale n'est pas un médicament bien ancien : son emploi ne date que de la fin du siècle dernier. Peut-être à cause de cette nouveauté relative, il est un de ceux que nous avons vu employer le plus fréquemment, c'est par milliers qu'on compte les observations, non-seulement d'une ville ou d'un hôpital, mais de médecins isolés. Pour n'en citer qu'un, Sanders a fourni, à lui seul, le résultat de plus de deux mille observations.

Il semblerait qu'après une telle expérience la thérapeutique, ou tout au moins l'action physiologique, de la digitale fût déjà déterminée, et pourtant nous sommes loin d'une pareille certitude.

On s'est surtout préoccupé, dans ces dernières années, de rechercher comment la digitale modifie la fréquence et la tension du pouls, et ces deux caractères ne peuvent être absolument séparés, car les variations de tension du sang dans le système artériel s'accompagnent presque toujours de variations dans la fréquence du pouls.

Au premier abord, on sera étonné de voir rechercher encore les modifications de la fréquence du pouls ; il semble qu'on a dû être fixé dans le principe à cet égard. Quoi de plus simple que de constater cette fréquence? Il n'y a qu'à compter, et le premier élève d'une clinique doit dès le premier jour pouvoir répondre d'une manière satisfaisante à cet égard. Pourtant, quand on suppute les résultats fournis par les différents observateurs, voici ce qu'on trouve :

Les uns, et ce sont surtout les plus anciens, disent que la digitale diminue la fréquence du pouls. Cette opinion est soutenue par Withering dès 1785, dans la monographie faite avec Cullen; puis, immédiatement après, par Schiemann en 1786. Après eux, MM. Joret et Andral en 1834, M. Germain de Château-Thierry, puis M. Gubler qui ajoute que non-seulement le pouls devient rare, mais qu'il est redoublé ; enfin MM. Bouchardat et Sandras, Strohl, Bouillaud, Stannius, Durozier, etc.

---

(1) Lu à la Société de Thérapeutique (séance du 7 février 1868).

Mais d'autres observateurs viennent opposer un premier doute à ces observations. Ils admettent bien que la digitale ralentit le pouls, mais seulement après l'avoir accéléré, et que ce n'est que consécutivement que se fait le ralentissement. Ces derniers sont pourtant des observateurs qui méritent d'être pris en considération. C'est d'abord Sanders, qui s'appuie, comme je l'ai dit, sur deux mille observations; puis M. Hirtz, le professeur de thérapeutique de Strasbourg. Quant à M. Homolle, il admet aussi l'accélération primitive du pouls, mais il la regarde comme exceptionnelle, et il doit être plutôt rangé dans les médecins qui admettent purement et simplement la diminution de fréquence des pulsations, c'est-à-dire des battements du cœur.

Enfin, messieurs, si l'on augmente la dose de digitale et que des symptômes d'intolérance se produisent, ce n'est plus la diminution de fréquence des battements cardiaques qu'on observe, mais, au contraire, l'augmentation du nombre de ces battements. Cette assertion est affirmée par Hutchinson, par MM. Bouley et Raynal qui notent que les battements cardiaques deviennent, dans les premières vingt-quatre heures, accélérés, vibrants, avec frémissement et tintement métallique; puis on voit apparaître des intermittences souvent régulières, en même temps que le pouls devient filiforme et intermittent.

Cette action a été également constatée par MM. Pfaff, Gubler, Eulenbourg, Ehrenhaus, Legroux, etc.

On peut donc résumer ainsi l'opinion générale : à faible dose, ralentissement des battements cardiaques; à haute dose, battements plus fréquents, mais interrompus par ce qu'on est convenu d'appeler des *intermittences*.

Quant à l'accélération précédant la rareté du pouls admise par Sanders et M. Hirtz, elle est peu importante au point de vue de la constatation des phénomènes; mais, sous le rapport de leur explication, elle est capitale, attendu qu'elle fait supposer que le ralentissement des battements du cœur n'est obtenu qu'indirectement.

J'arrive à la tension du pouls. Celle-ci est indiquée comme augmentée par la plupart des auteurs.

Tout d'abord Kinglake fait remarquer que, sous l'influence de la digitale, le pouls, en perdant de sa fréquence, a conservé sa force et son énergie. Beddoës, au dire de M. Legroux, aurait fait la même constatation avec un sphygmographe de son invention. MM. Biddaut et Williers disent également que le pouls conserve de la force, de la plénitude et de la régularité. Schwilgué, en 1805, indiquait

que l'artère restait résistante. Enfin MM. Legroux et Lelion, qui acceptent cette opinion, donnent à l'appui de leur manière de voir un tracé sphygmographique obtenu par M. Siredey, tracé qui semble indiquer, par le peu de hauteur de la ligne d'ascension de l'aiguille, que la tension plus grande du sang dans l'artère empêche les battements cardiaques d'en distendre les parois et, par suite, d'élever l'aiguille sphygmographique.

S'il n'y avait dans la science que cette opinion de formulée, tout semblerait dit à ce sujet. Mais nous allons voir maintenant une opinion opposée se produire. Toutefois, nous essayerons de montrer qu'il n'y a ici entre les observateurs que des opinions opposées, mais non contradictoires.

En effet, la digitale a été employée par les Italiens comme hyposthénisant. Thomasini en 1806, Fanzago en 1810 et Rasori, après dix ans d'étude, en 1811, démontrèrent l'action contro-stimulante de la digitale, si bien que Giacomini, après avoir énuméré les travaux de la plupart d'entre eux, ajoute : « Ce qui n'a échappé à personne, c'est le ralentissement, la diminution, *l'affaiblissement* combiné à l'irrégularité du pouls. »

D'où viennent donc ces affirmations opposées? De deux sources. Cela tient à ce que les observateurs ne se mettent pas dans les mêmes conditions :

1° Par rapport au sujet de l'expérience ;

2° Par rapport à l'objet de l'expérimentation.

Examinons d'abord le premier point, c'est-à dire quelle modification peut apporter dans les résultats le *sujet* de l'expérience. En d'autres termes, voyons si les différentes espèces animales sur lesquelles on a opéré ne sont point l'origine des variations dans les effets obtenus.

Sur ce premier chapitre, Giacomini nous donne des détails intéressants : « Mongiardi, écrit-il, aurait trouvé que la digitale donne difficilement la mort aux oiseaux, et les pigeons qui moururent à la suite de l'ingestion de teinture de digitale périrent probablement par l'alcool. Schiemann, par exemple, administra à une grosse poule 500 grammes de teinture en quarante-six jours sans voir la mort survenir, car la maladie provoquée se borna aux symptômes suivants : le volatile souffrait de la soif, refusait parfois toute espèce d'aliments, ses excréments étaient liquides ; il était devenu tranquille, morose; il changea de plumes et tout fut dit.

Schiemann a donc préféré pour ses expériences les chiens qui, se sont montrés des réactifs plus sensibles ; mais encore ici Schiemann

se sépare des observateurs qui l'ont suivi. Il indique, en effet, que les chiens empoisonnés mouraient avec le *cœur flasque*, *dilaté et rempli de sang caillé*, tandis que MM. Bouley, Raynal, Traube, Pfaff, Gubler, Faure, etc., indiquent qu'ils ont trouvé les oreillettes dilatées et les ventricules contractés. M. Claude Bernard va même plus loin : il dit qu'après la dernière contraction cardiaque, il se produit une rigidité persistante des ventricules.— Je regrette d'être obligé de revenir sur des points en apparence si éloignés de mon sujet, mais l'action de la digitale sur le pouls n'est pas spéciale et directe sur les grosses artères; elle doit, pour modifier le pouls, se montrer d'abord sur le cœur ou les petits vaisseaux.

Il est une première remarque que ces expériences permettent déjà de faire. C'est que, pour juger le problème, les différents observateurs ont choisi des animaux dissemblables, et que non-seulement le sujet des expériences a varié, mais, de plus, la manière dont les expériences ont été instituées est également différente pour chaque observateur.

J'arrive maintenant à la deuxième cause des variations dans les résultats obtenus.

M. Hirtz donne une autre interprétation de ces discordances : il les attribue à ce que la digitale et surtout la digitaline sont des médicaments mal définis, et que chacun emploie une digitale qui ne ressemble pas à celle de son voisin. Vous savez tous combien on est peu fixé sur la valeur de la digitaline soluble ou insoluble. Il faut donc, jusqu'à plus ample informé, faire connaître chaque fois quelle espèce de digitaline on a employée. M. Hirtz donne le premier l'exemple en indiquant qu'il s'est servi constamment de digitale ou de digitaline préparées avec un soin tout particulier par M. Hepp, de Strasbourg, pharmacien très-distingué, qui a précisément fait une étude toute spéciale de la pharmacologie de la digitale.

Malgré toutes ces divergences, je crois pourtant qu'on peut résumer les faits précédents de la manière suivante :

Sous l'influence de la digitale à doses modérées, le pouls devient plus rare; si les doses sont fortes, il devient plus fréquent.

Sous ce premier rapport, la question est pour ainsi dire jugée ; mais on n'en peut dire autant de la tension artérielle. Ici les observateurs se partagent en deux groupes dont les conclusions sont tout à fait opposées. Les uns, avec Kinglake, Beddoès, Bidaut et Villiers, Schwilgué, Legroux, Lelion et Siredey, admettent qu'elle est augmentée; tandis que les Italiens, puis Traube, MM. Hirtz et Onimus, sont d'un avis contraire, et M. Coblentz, élève de M. Hirtz,

vient encore tout récemment de déclarer, dans sa thèse inaugurale inspirée par les travaux de Traube et de son maître M. Hirtz, que la digitale est un excitant du système modérateur du cœur, qu'elle diminue la pression dans le système artériel et, par là, la rapidité de la circulation.

Quand on considère la tension artérielle, on voit qu'elle est la résultante de plusieurs forces :

1° De l'activité du cœur ;

2° De l'élasticité des gros vaisseaux ;

3° De la contractilité des petits vaisseaux ; non-seulement des capillaires, mais encore des petites artères et des petites veines.

Si nous connaissions déjà l'un de ces éléments, par exemple, la valeur de la digitale sur les contractions cardiaques, ce serait déjà une inconnue de dégagée sur trois.

Quelle est donc l'action de la digitale sur le cœur ? Le paralyse-t-elle, comme le croit Schiemann, ou le met-elle dans un état tétanique, ainsi que l'affirme M. Claude Bernard ? Il fallait, pour décider cette première question, reprendre l'expérience de l'action directe sur le cœur. C'est ce qu'a fait M. Onimus : il a mis de la digitaline en substance sur le cœur d'une grenouille, et il a vu qu'au bout de deux à trois minutes, la partie du cœur touchée par le poison ne prend plus qu'une petite part à la diastole ; elle forme une sorte d'enfoncement et un point blanc qui tranche avec les autres parties du cœur, qui restent rouges.

Cette expérience de M. Onimus est donc favorable à l'opinion de Schiemann. On pourrait y joindre l'expérience de Stannius. L'animal employé par Stannius a été souvent la grenouille ; mais il a opéré aussi sur des chats, et, sur ces derniers, il a constaté que la digitale paralyse le cœur et le rend, après la mort, insensible à l'action galvanique, alors que l'on peut encore exciter les gros vaisseaux.

D'autre part, les expériences de Traube viennent placer le problème sur un autre terrain. Suivant ce dernier observateur, dans l'action sédative de la digitale sur la circulation, le fait primitif n'est ni une action directe de la digitale sur les artères, ni même une action directe sur le cœur. Ce n'est pas sur le muscle cardiaque qu'agit la digitale, c'est sur l'un des nerfs qui l'animent. Suivant l'éminent clinicien de Berlin, c'est sur le nerf pneumo-gastrique que la digitale exerce son influence.

Voici les expériences de Traube : on sait qu'en Allemagne, le nerf pneumo-gastrique est généralement considéré comme le nerf

modérateur du cœur, et cette théorie repose sur les deux expériences suivantes :

1° Si l'on excite le nerf pneumo-gastrique, le cœur se ralentit ou peut même s'arrêter ;

2° Si l'on coupe le nerf pneumo-gastrique, le cœur accélère au contraire ses mouvements.

Cette théorie a rencontré beaucoup d'objections, je n'ai pas ici à présenter l'état exact de nos connaissances sur ce fait si complexe de l'innervation du cœur. Il me suffit de vous rappeler que c'est sur cette théorie que se base le professeur Traube.

Voici comment il institue ses expériences :

Il commence par administrer de la digitale à un animal, et, une fois la sédation produite, il coupe le pneumo-gastrique et voit le cœur accélérer ses battements. Cette expérience seule ne suffirait pas à prouver ce qu'il avance, mais la seconde est plus concluante. Dans la seconde expérience, il coupe le pneumo-gastrique avant de donner de la digitale, et il prétend que le médicament ne produit pas alors la sédation ordinaire; il en conclut que la digitale n'agit pas sur le tissu musculaire du cœur, puisqu'il suffit d'interrompre l'action du nerf vague sur le cœur pour que la sédation ne soit pas produite.

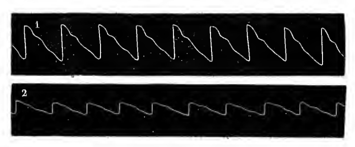
Devant cette impossibilité actuelle de résoudre l'un des éléments du problème, voyons au moins si nous pouvons constater directement quelle est l'influence de la digitale sur la résultante de ces forces, c'est-à-dire la tension artérielle, et prenons le sphygmographe, cet instrument si sensible que nous avons entre les mains depuis huit ans.

Dans notre avant-dernière réunion, M. Bordier est venu nous lire un travail très-intéressant, destiné à montrer quelle part de lumière pouvait apporter en pareilles circonstances l'instrument de M. Marey ; et, de ses observations, il a cru pouvoir conclure que la digitale élève la tension artérielle. C'était aussi sur cet instrument que j'avais compté pour juger la question en litige ; et, je dois le dire, mes tracés diffèrent d'une manière notable de ceux de M. Bordier. Ils donnent un résultat opposé, c'est-à-dire qu'ils montrent en général une ligne d'ascension beaucoup plus grande.

Voici pourtant un premier tracé qui s'accorde avec ceux de M. Bordier (tracés n° 1 et n° 2).

Il s'agit d'un malade atteint d'alcoolisme chronique avec congestions répétées. Chez ce malade, la tension artérielle était faible, comme on peut le voir par le premier tracé. Au bout de trois jours de l'admi-

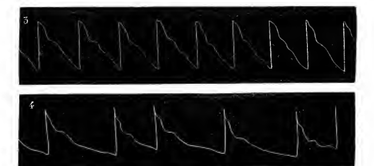
nistration de la potion de M. Hepp ($0^{gr},25$ de poudre de feuilles dans 100 grammes d'infusion), la colonne d'ascension est fort abaissée (n° 2). Je ferai remarquer que, dans ce cas, la digitale a été bien



supportée et qu'on n'a pas eu d'effets de contro-stimulisme, tels que l'affaissement de la chaleur et des forces, production de sueurs, etc.

Cette observation n'est pourtant pas tout à fait conforme à celles de M. Bordier, en ce sens que, dans le second tracé, le pouls n'est pas devenu plus rare, qu'il a été au contraire plus fréquent.

Obs. II. Voici une deuxième observation plus importante. Il s'agit encore d'un malade atteint d'alcoolisme chronique. Ce dernier était affecté d'une véritable aliénation alcoolique, sans fièvre, et caractérisée par des paroles sans suite et du délire agité pendant la nuit. Le tracé n'a malheureusement pas été pris avant l'administration de la digitale; mais il a été pris le deuxième ou le troisième jour de l'usage du médicament, alors que le malade prenait 1 gramme de teinture de digitale.



Quoi qu'il en soit, sous l'influence d'une dose très-modérée de digitale, le pouls ne présentait pas une petite colonne d'ascension, bien au contraire, et l'absence de plateau était encore une raison

de croire à une faible tension (n° 3) ; mais l'expérience était facile à continuer.

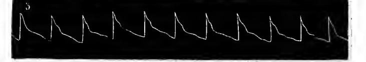
On sait que, dans ces derniers temps, la teinture de digitale a été très-vantée dans le traitement de l'alcoolisme aigu et chronique. J'ai eu occasion de rappeler dans la *Gazette médicale*, à l'occasion des travaux récents, que la teinture de digitale a été employée dans cette maladie à une dose énorme, et que l'on a affirmé de tous côtés que les malades pouvaient prendre jusqu'à 15 grammes de digitale par jour sans éprouver d'accidents.

J'ai donc profité de cette tolérance produite par la maladie pour augmenter ma dose de teinture et la porter hardiment à la dose de 10 grammes par jour, en ayant soin toutefois de la faire prendre par doses fractionnées et sous la surveillance de l'interne du service.

Sous l'influence de cette dose, l'effet contro-stimulant s'est produit ; la chaleur est considérablement tombée, comme le pouls, qui s'est abaissé au chiffre de 44 et est devenu irrégulier.

Pendant ce temps, le sphymographe a indiqué, non pas une augmentation de tension, mais, bien au contraire, une diminution très-accusée de la tension ; diminution qui s'indique par la rapidité de la chute de l'aiguille (n° 4).

Au bout de trois jours de ce traitement si énergique, les phénomènes morbides ne diminuant pas et cet état pouvant n'être pas sans danger pour le malade, j'ai cessé complétement l'administration du médicament, et la tension a au contraire augmenté, en même temps que le pouls est devenu plus fréquent (n° 5).



Cette observation vient donc à l'appui de ceux qui pensent que la digitale, donnée comme contro-stimulant, diminue la tension du pouls ; elle confirme cette assertion si catégorique des médecins italiens.

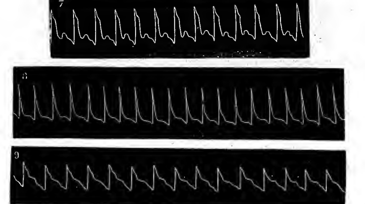
Obs. III. Il s'agit d'un malade âgé de cinquante-huit ans, atteint d'une forte apoplexie cérébrale, avec hémiplégie absolue du côté droit et aphasie, apoplexie consécutive à une hypertrophie du cœur, sans lésion valvulaire. Le malade présentant le pouls plein et dur des apoplectiques, je lui donnai de la teinture de digitale

comme contro-stimulant, à la dose de 2 grammes. Sous l'influence de la digitale, le pouls garda son caractère de grandeur, mais non de plénitude, et le sphygmographe indiqua encore une faible tension, qui diminua sensiblement après la cessation du traitement (n° 6).



Obs. IV. Il s'agit d'un homme de trente-six ans, joueur de clarinette, atteint d'une pneumonie franche, chez lequel la digitale, employée comme contro-stimulant, a amené l'oppression des forces, les sueurs visqueuses et l'aspect de l'adynamie.

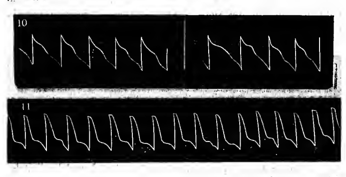
Le neuvième jour, alors que la langue était sèche au centre, qu'il y avait du délire, une véritable crise s'est produite et l'on a cessé le médicament, sans pouvoir dire qu'il a provoqué la crise qu'on a observée, crise que montre très-nettement le tracé graphique thermométrique.



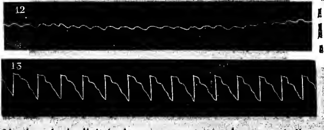
Ce qui est certain, c'est que la tension a été très-faible pendant l'usage de la digitale à dose contro-stimulante (n°s 7 et 8), et que le pouls s'est plutôt relevé après (n° 9).

Obs. V. Chez un rhumatisant, la digitale donnant également

lieu à de la faiblesse de pouls (n° 10), j'ai administré l'acide arsénieux, et les forces se sont relevées en même temps que le pouls (n° 11).



Obs. VI. Voici encore un autre tracé plus satisfaisant au point de vue de M. Bordier et de ceux qui admettent que le pouls se relève sous l'influence de la digitale, en ce sens que la chute de l'aiguille est lente ; mais ici la digitale n'a pas agi comme contro-stimulant. Il s'agit d'une jeune fille atteinte d'une affection mitrale, avec asystolie, dyspnée et cyanose; le pouls, qui était presque insensible (n° 12), s'est relevé considérablement sous l'influence de la digitale (n° 13).



L'action de la digitale dans ce cas est très-obscure ; a-t-elle agi sur le cœur ou les petits vaisseaux ; a-t-elle agi seulement par la diurèse ? voilà ce qu'il est bien difficile de décider.

Messieurs, j'aurais préféré attendre pour vous communiquer ces documents qu'ils fussent plus nombreux ; mais j'ai dû accepter la discussion alors qu'elle s'est présentée. Je crois pourtant, de cette étude que je viens de vous lire, pouvoir tirer les conclusions suivantes :

En général, à petites doses, la digitale rend le pouls plus rare ; à hautes doses, elle le rend plus fréquent.

Sous le rapport de la tension artérielle, je me crois fondé à affirmer que, quand la digitale est donnée à assez haute dose pour produire des effets hypostbénisants, elle diminue la tension artérielle; mais je n'affirme pas qu'à petites doses le contraire ne puisse pas avoir lieu, et que ce soit là la raison qui explique la différence entre les tracés de M. Bordier et les miens.

Je ne serais même pas éloigné de croire que la digitale augmente la tension quand elle diminue le pouls, et qu'elle diminue la tension quand elle augmente le nombre des pulsations. Bien que cette formule soit en parfait accord avec les expériences de Hales, qui, en saignant des chevaux, voyait la tension artérielle baisser et le chiffre des pulsations s'accroître, je ne me crois pas en état de l'affirmer; et si cette hypothèse se confirme, j'en laisserai tout le mérite à celui qui en fera la démonstration.

Sur l'emploi du phosphore dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive;

Par M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz, chef de clinique à la Pitié.

Dans son travail sur le phosphore, Bayle s'exprime ainsi à propos des observations qu'il a rassemblées :

« Voici les faits, dit-il; je ne dis pas avec Morgagni : *Non sunt numerandæ sed perpendendæ observationes;* je crois qu'il importe tout autant de les compter que de les peser, et qu'un petit nombre de faits, quelque bien observés qu'on les suppose, ne peuvent établir que des conjectures et des présomptions, tandis qu'une masse de faits conduisent sûrement à des vérités premières et à des principes féconds. »

Je ne saurais trop m'élever contre cette méthode, que je crois mauvaise et peu fructueuse; et pour confirmer ma manière de voir, il me suffira de faire la critique du travail de Bayle et de montrer à quel résultat il est arrivé en suivant le procédé qu'il préconise. Après avoir assemblé plus de cent observations puisées dans différents auteurs, il n'est arrivé cependant à aucune règle bien précise au point de vue de l'application thérapeutique du phosphore, si ce n'est que les fièvres sont les maladies où l'usage de ce médicament serait le plus fréquent et le plus utile. Tel est le résultat décevant qu'a obtenu Bayle; telles sont les vérités premières et les principes féconds qui découlent de sa doctrine.

Pour nous, au contraire, la ligne de conduite sera toute différente : ce n'est pas en ramassant au hasard des observations mal prises, peu concluantes et embrassant un grand nombre de maladies, que l'on peut arriver à tracer les règles précises pour l'administration d'un médicament. Il faut limiter autant que possible le champ de cette observation, prendre une portion circonscrite et bien délimitée de la pathologie, y suivre avec soin les effets thérapeutiques observés, puis ensuite conclure.

Aussi, laissant de côté pour le moment toutes les autres maladies dans lesquelles le phosphore a été administré, je ne me suis arrêté qu'aux affections du système nerveux; et encore, dans ces dernières, j'ai choisi le groupe spécial qui comprend ces affections de la moelle, à marche lente, et qui aboutissent à la sclérose de cet organe. Je veux parler de l'ataxie locomotrice progressive.

C'est surtout depuis que Vauquelin a trouvé dans la substance nerveuse du phosphore que ce médicament a été employé dans les maladies du système nerveux et en particulier dans les paralysies. Dans un travail plus considérable, je reviendrai sur cette action du phosphore dans les affections paralytiques, me réservant de m'occuper exclusivement aujourd'hui de l'action thérapeutique de ce médicament dans l'ataxie locomotrice progressive.

On peut se demander quelles sont les raisons qui ont conduit les expérimentateurs à employer ce médicament dans ce groupe pathologique. Ces raisons appartiennent à deux ordres d'idées : dans l'un, c'est que l'ataxie avait résisté et résiste encore à toute espèce de médication; l'autre, c'est que l'on trouve dans cette maladie deux symptômes sur lesquels depuis longtemps on connaissait l'action curative du phosphore : je veux parler de l'amaurose et de l'impuissance.

Mais il est une opinion contre laquelle je ne saurais trop m'élever, et qui donnerait à l'emploi du phosphore dans l'ataxie une tout autre origine. Dans le travail de M. Gallavardin sur les paralysies phosphoriques, on trouve le passage suivant :

« Le phosphore, qui, dans l'organisme à l'état sain, produit l'atrophie ou la dégénérescence graisseuse du cerveau, des muscles du cœur, le phosphore ne serait-il pas indiqué dans certains cas d'ataxie locomotrice, laquelle a, dit-on, pour lésion, l'atrophie des racines postérieures des nerfs rachidiens et des cordons postérieurs de la moelle épinière, ou la congestion de ces parties des centres nerveux ? »

Cette doctrine, qui, pour l'auteur que je viens de citer, viendrait confirmer les données de la médecine de Hahnemann, est complétement fausse ; elle repose, dans ce cas particulier, sur un fait mal observé, car jamais le phosphore n'a donné lieu à une sclérose de la moelle, et c'est une grande faute de confondre la stéatose avec la sclérose ; et même, en admettant que ce fait fût exact, la conclusion qu'en tire M. Gallavardin serait encore erronée ; car, de ce qu'un médicament produit telle affection, il n'est nullement démontré qu'il la guérisse, et en prenant le phosphore comme exemple, je voudrais connaître le médecin qui oserait l'appliquer comme moyen curatif dans l'ictère grave, sur cette seule donnée que l'empoisonnement par le phosphore donne lieu à des symptômes très-analogues à ceux que l'on observe dans cette dernière maladie.

Quelques expérimentateurs ont déjà essayé l'usage du phosphore dans l'ataxie locomotrice, et M. le docteur Delpech a depuis longtemps employé cette médication.

Voici maintenant les cas où j'ai employé le phosphore :

Obs. I. *Ataxie locomotrice à début brusque et parvenue en six mois à un degré très-avancé. Traitement par l'huile phosphorée. Amélioration.* — Au numéro 29 de la salle Saint-Paul est couché le nommé Compagnie, mécanicien, âgé de cinquante-deux ans. Il n'a jamais fait de maladie grave avant le mois de mars dernier.

Quelque temps avant cette époque, il éprouvait dans les jambes des lassitudes inaccoutumées après son travail de chaque jour, et, selon son expression, il était plutôt bon, le soir venu, à se coucher qu'à aller se promener.

Au bout de trois semaines, le malade, se sentant assez fort, essaye de se lever ; mais il s'aperçoit que ses jambes sont faibles et qu'il ne les dirige plus à son gré ; il a de temps en temps des vertiges, des absences. D'un autre côté, il voit les objets environnants enveloppés de brouillard. Il essaye de lire un journal : il reconnaît des lignes noires sur une surface blanche, mais il ne peut distinguer les caractères.

Ce dernier symptôme ne l'effraye guère, d'autant plus que, pendant sa maladie, il a très-bien reconnu les personnes qui le soignaient. Il croit que c'est la suite de sa grande faiblesse, et il se tient tranquille. Au bout de quelques jours, il veut de nouveau se lever ; mais c'est chose impossible, ses jambes ne peuvent plus le porter.

Sa vue le préoccupant surtout, il consulte un spécialiste, qui, ayant examiné ses yeux, lui conseille des bains sulfureux et un bon régime.

Il suit ses prescriptions pendant quelque temps, mais, ses ressources s'épuisant, il se décide à entrer à la Pitié, où il est admis le 17 septembre.

Etat actuel. — La sensibilité est ainsi modifiée : le sens du tact est à peine altéré, ainsi que le sens douleur ; le sens température est intact. La vue est abolie ; atrophie des deux papilles ; le goût et l'odorat sont conservés.

Motilité. — Ajoutons que la motilité ainsi que la sensibilité sont intactes dans les membres supérieurs. Ainsi, le malade sent même un cheveu sur ses doigts ; il peut serrer très-énergiquement.

Il n'en est pas de même dans les membres inférieurs, où les mouvements ont subi d'importantes modifications que nous allons énumérer : le malade, quand il est couché, exécute tous les mouvements qu'on lui commande ; il fléchit ou étend la jambe sur la cuisse ; mais s'il s'agit de la remettre à sa position première, le mouvement est brusque comme s'il était produit par un ressort, et la jambe est jetée tantôt à droite, tantôt à gauche. Il peut descendre seul de son lit ; mais à peine a-t-il touché le sol, qu'il chancelle et tomberait si on ne le soutenait. Avec le bras de deux aides, il peut faire quelques pas ; mais il se penche tantôt à droite, tantôt à gauche, ou en avant, ou en arrière, et cela sans en avoir conscience ; ses jambes flageolent, il frappe le sol du talon, ses pieds se projettent de tous côtés. En un mot, marche et station sont impossibles.

Le malade éprouve, dans les membres inférieurs, des douleurs aiguës qu'il compare à un feu électrique qui, partant de la hanche, se propagerait avec la rapidité de l'éclair au genou et de là au pied, en le faisant cruellement souffrir. Ces douleurs reviennent à peu près toutes les minutes, et cela pendant deux ou trois jours, durant lesquels le malheureux est dans un état d'anxiété extrême. Le deuxième jour de leur apparition, des sueurs copieuses arrivent et semblent donner le signal de la rémission. En effet, dès lors les douleurs diminuent d'acuité et de fréquence, et à la fin du deuxième jour ou au commencement du troisième, tout a disparu, laissant le malade très-affaibli.

Ces périodes de douleurs out commencé dès le mois d'avril. Elles revenaient tous les sept ou huit jours, puis elles ont laissé quinze jours d'intervalle entre elles, puis un mois ; et aujourd'hui, 24 septembre, le malade n'a rien éprouvé depuis huit jours, après un repos de six semaines.

20 septembre. Le malade a pris une cuillerée à café de la potion suivante : huile phosphorée, 4 grammes ; eau de menthe, 60 grammes ; sirop simple, 30 grammes.

Le 22, il en prend deux. Rien de particulier.

Le 25, trois cuillerées.

Le 27, cinq cuillerées. Coliques.

Le 28, quatre cuillerées seulement. Rien de particulier.

Le 30, les coliques reparaissent.

Le 3 octobre, le malade se sent mieux, il a plus de force, dit-il ; son mal de tête a complétement disparu.

Le 7, il prend la même dose. Quelques coliques.

Le 9, coliques violentes, diarrhée. On cesse la potion ; la diarrhée cède à l'usage du bismuth, après avoir duré trois jours.

Le 14, on le remet à une cuillerée en deux fois.

Le 24, on arrive à trois cuillerées en trois fois. Le mieux se continue.

Le 26, douleurs fulgurantes légères ; pas de céphalalgie, pas de sueurs comme les autres fois, cessation en quelques heures. Les jours suivants, même prescription.

Le 10 novembre, nous constatons nous-même que le malade va beaucoup mieux. Il marche avec l'aide d'un bâton, et peut se tenir quelques minutes debout sans aide.

Le 21, il marche pendant trois quart d'heure dans le jardin, sans autre appui qu'un bâton ; il peut remonter seul à la salle, qui est située au second étage.

Le traitement est continué jusqu'au moment de la sortie, qui a lieu le 15 décembre.

L'amélioration est considérable ; il marche à l'aide d'une canne seulement; il monte et descend les escaliers ; il fait des courses qui durent une heure et davantage; la sensibilité ne paraît pas avoir été modifiée ; l'amaurose est toujours aussi complète. Le malade éprouve de violentes érections.

Obs. II. *Ataxie locomotrice. Traitement par l'huile phosphorée. Amélioration.* — Au numéro 36 de la salle Saint-Charles, est couchée, depuis le 3 novembre, la nommée G***, cuisinière, âgée de quarante-trois ans.

Un jour, il y a huit ans, alors qu'elle vaquait à ses occupations, elle est tout à coup prise de faiblesse dans les jambes et tombe, sans qu'aucun obstacle se soit trouvé devant ses pas. Elle y fait peu d'attention ; mais ses faiblesses reviennent de temps en temps, surtout à l'approche des règles; de temps en temps aussi, fourmillements et crampes dans les pieds et les mollets.

Il y a trois ans, surviennent des douleurs lancinantes et brusques dans les membres inférieurs ; elles reviennent tous les huit ou quinze jours, pendant deux ou trois heures à chaque fois. Pendant ce temps, elles apparaissent toutes les minutes à peu près, et elles cessent pour laisser place à des fourmillements presque continuels. D'un autre côté, apparaît l'ataxie dans les membres inférieurs, la marche devient de plus en plus difficile, et depuis un an elle est obligée de garder le lit.

Des médecins consultés la traitent par les bains sulfureux, sans qu'il survienne d'amélioration.

Au mois d'août dernier, comme tant d'autres, elle croit aux miracles opérés par le zouave Jacob et se fait transporter chez lui. Celui-ci la regarde gravement et fixement, et lui dit de revenir trois fois. La seconde fois, apprenant qu'elle a déjà été traitée, il prétend que cette influence annule la sienne, et la congédie, bien entendu dans le même état qu'auparavant.

Enfin elle se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel, 28 septembre : sensibilité de la peau aux membres inférieurs très-diminuée et retardée.

Elle ne sent pas immédiatement la douleur produite par la piqûre

d'une épingle; elle sent bien qu'on lui fait du mal, mais ne saurait dire si on la pique ou si on lui pince la peau.

La pression musculaire détermine de la douleur à gauche et pas à droite.

Le sens température est exagéré, et le contact brusque d'un corps froid lui cause de la douleur.

La peau du ventre a également perdu de sa sensibilité et les sensations y sont perverties.

Elle sent la consistance du sol sur lequel elle est debout. Le bras droit est engourdi.

Motilité. — Quand la malade est couchée, elle exécute tous les mouvements qu'on lui commande; mais, là encore, nous retrouvons cette soudaineté, cette brusquerie des mouvements que nous avons déjà observée chez les autres malades.

Elle peut se lever seule, mais, arrivée à terre, elle chancelle et tomberait si elle ne s'accrochait à son lit.

Elle ne peut rapprocher ses pieds l'un de l'autre sans le secours de ses yeux. Si on l'invite à marcher, elle agite ses jambes, les lève, les projette brusquement en tous sens, frappe fortement du talon, et, tout en piétinant de la sorte, parvient à faire le tour de son lit; mais elle doit toujours s'y tenir cramponnée, sous peine de tomber.

Abolition des mouvements réflexes. Les sens sont intacts.

L'intelligence et la mémoire sont conservées.

On soumet ainsi cette femme au traitement par le phosphore.

1er octobre, une cuillerée à café de la potion semblable à celle que prend le sujet de l'observation Ire.

On augmente successivement la dose et, le 5, elle en prend quatre cuillerées.

Le 6, même dose. Coliques violentes, diarrhée.

Le 12, une cuillerée à café en trois fois.

On augmente successivement la dose jusqu'à trois cuillerées, qu'on ne dépasse pas.

Le traitement par l'huile phosphorée a été continué jusqu'à la sortie de la malade, qui a eu lieu le 1er décembre.

Cette malade, renvoyée du service à cause de ses exigences et de son mauvais caractère, est dans une situation très-notable d'amélioration. A son entrée et jusqu'au traitement par le phosphore, cette malade n'avait pas quitté depuis longtemps son lit. Debout, il lui était complétement impossible de se tenir, même avec le soutien d'un aide.

Au moment de sa sortie, cette malade se promenait dans la salle avec l'appui d'une canne, ou bien le soutien d'un bras. Sa marche est encore désordonnée. Il y a toujours des douleurs fulgurantes.

Obs. III. *Ataxie locomotrice. Traitement par les capsules de chloroforme phosphoré. Amélioration.* — Le nommé Jainisse, trente-cinq ans, imprimeur, né à Paris, entré le 16 novembre 1867 à la salle Saint-Paul, n° 20.

Pas de maladies antérieures. Il y a deux ans, il a commencé par éprouver de la faiblesse dans les jambes. La faiblesse a gagné d'abord

la jambe droite, puis la gauche ; elle a gagné ensuite le bras gauche, et puis enfin le droit. Bientôt des fourmillements se sont ajoutés à ce symptôme, fourmillements qui ont disparu des membres inférieurs pour se localiser aux membres supérieurs et spécialement aux deux mains. En même temps, le malade s'est aperçu qu'un affaiblissement sensible se produisait dans sa vue depuis huit mois environ. Les objets ne lui apparaissaient plus qu'à travers un brouillard. Il y a une douzaine d'années, un violent mal de tête avait pris le sujet et avait duré deux mois environ. Tels sont les commémoratifs que nous trouvons.

Voici quel était l'état du malade à son entrée le 16 novembre :

Le malade ne peut pas se tenir sur les jambes. Si on essaye de le faire marcher, il tombe immédiatement, à moins qu'on ne le retienne. Il tombe surtout si on veut le faire marcher les yeux fermés. En outre, une incoordination notable existe dans le mouvement de ses jambes. Il est impossible au malade d'être maître de ces désordres. La main droite est surtout très-inhabile à serrer les objets. On voit qu'il y a de l'incoordination aussi dans ses mouvements. Les extenseurs et les fléchisseurs ont conservé toute leur énergie aux muscles inférieurs ; on ne peut, en effet, à moins de déployer une grande force, faire fléchir la jambe sur la cuisse lorsque celle-ci est tendue ; de même, il est très-difficile de la ramener dans l'extension lorsqu'elle est dans la flexion. Les mains serrent bien peu fort lorsqu'on les prend et que l'on met un objet dans le creux pour le faire serrer. Le malade nous dit qu'il a été un moment où la sensibilité des membres inférieurs a été très-diminuée. Aujourd'hui elle paraît être à son état à peu près normal. Les sensations de froid et de chaud sont également conservées, ainsi que les sensations douloureuses. Cependant toutes ces sensations sont un peu obtuses.

Le traitement avec le nitrate d'argent a d'abord été employé ; mais, sous l'influence de ce traitement, le malade ne se sent pas mieux, il croit au contraire que son état devient pire.

C'est alors que nous avons ordonné des capsules de phosphore.

Le 1er janvier, nous commençons le traitement par une capsule de phosphore (10 centigrammes de chloroforme, 1 milligramme de phosphore).

Le 5. On a été en augmentant tous les jours d'une capsule. Arrivé à cette dose de cinq capsules, le malade se plaint d'un peu de chaleur à l'estomac.

Le 7. Vomissements, diarrhée. On cesse les capsules.

Le 9. Tous les phénomènes digestifs ont disparu. On reprend l'emploi des capsules, et on commence par une capsule.

Le 17. Le malade est arrivé à la dose de huit capsules. Inappétence, douleur à l'estomac. On cesse les capsules.

Le 18. Deux vomissements bilieux le matin.

Le 20. Diarrhée.

Le 22. Les phénomènes digestifs ont de nouveau disparu ; le malade reprend une capsule.

Le 28. On ne dépasse pas la dose de cinq capsules.

Le 1er février. Le malade continue toujours l'emploi des capsules, à la dose de cinq capsules. Pas de désordres du côté du tube digestif.

Le 8. Inappétence, gargouillements, nausées. On cesse les capsules.

Sous l'influence de ce traitement, voici le résultat que nous pouvons observer. Le malade paraît très-satisfait. Ses mouvements sont, dit-il, plus sûrs ; sa démarche plus certaine. Il marche en effet beaucoup mieux. Arrivé à l'hôpital sur un brancard et dans l'impossibité de se tenir debout, il peut marcher maintenant avec une canne. Sa démarche est toujours hésitante et oscillante, mais il marche. Sa vue est meilleure. Peu ou pas d'érections. Aucune amélioration dans l'état de la sensibilité.

Obs. IV. *Ataxie locomotrice. Traitement par les capsules de chloroforme phosphoré. Amélioration.* — Aimable Sauvé, cinquante-deux ans, bimbelotier.

Il y a trois ans, ce malade a eu de fortes douleurs de tête ; quinze jours après, sa vue s'est affaiblie, et quelques jours plus tard il s'est fait soigner par un médecin qui, pendant un, an lui a électrisé la tête chaque jour. Ce traitement a apaisé les douleurs de tête, mais n'a produit aucun effet sur les yeux. Depuis sept ou huit mois, ce malade s'est aperçu que ses forces diminuaient ; il lui est arrivé quelquefois de faiblir sur ses jambes au point de tomber par terre. Cet état a progressé, et depuis trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il ne pouvait plus marcher sans aide.

Le 18 janvier, ce malade est conduit à l'hôpital, et voici dans quel état nous l'avons trouvé :

Il est faible. Lorsqu'on lui fait exécuter des mouvements dans son lit, on observe une incoordination manifeste dans ses mouvements. Ces désordres paraissent égaux dans l'une et l'autre jambe ; ils existent surtout aux membres inférieurs. Aux membres supérieurs, l'ataxie est beaucoup moins forte, c'est à peine si elle est sensible. Si on le fait marcher sur le parquet, il lui semble que le terrain est élastique et raboteux. Quand on lui met la main devant les yeux, il lui est tout à fait impossible d'avancer.

La sensibilité générale est légèrement abolie, surtout aux pieds. L'analgésie est plus forte que l'anesthésie, surtout aux jambes. Perte du sens génital. Le malade distingue difficilement les objets, il les voit comme à travers un brouillard ; l'examen ophthalmoscopique fait reconnaître une atrophie double des papilles du nerf optique.

Le 20 janvier, on soumet le malade au traitement par les capsules de chloroforme phosphoré.

Le 22. Arrivé à la dose de trois capsules, le malade se plaint de chaleur à l'estomac et de diarrhée. On cesse le traitement.

Le 23, on donne au malade de nouveau une capsule.

Le 28, le malade n'a pas dépassé la dose de quatre capsules.

Le 30, douleur à l'estomac, perte de l'appétit, diarrhée. On cesse les capsules.

Le 3 février, on reprend les capsules.

Le 12, après avoir continué pendant plusieurs jours le chiffre de quatre capsules, on cesse de nouveau, à cause de la diarrhée.

Le 14, voici dans quel état se trouve le malade. L'incoordination est moindre; il peut monter les escaliers et marcher plus longtemps. La sensibilité cutanée a été modifiée; le malade sent beaucoup plus qu'à son entrée et les piqûres et le contact. Il y a eu quelques érections. L'état des yeux est resté stationnaire. La santé générale est excellente.

Dans ces quatre observations, j'ai employé l'huile phosphorée dans les deux premières, les capsules de chloroforme phosphoré (10 décigrammes de chloroforme et 1 milligramme de phosphore) dans les deux autres. Les résultats ont été identiques et on peut les résumer ainsi :

Chez tous, il y a eu amélioration et amélioration notable, la marche est devenue moins incertaine, l'incoordination moins grande; il y a eu plus de sûreté dans la marche, et cela s'est traduit par la possibilité de faire des courses prolongées, de monter et de descendre les escaliers.

La sensibilité générale a été peu modifiée par ce traitement, si ce n'est dans l'observation IV, où l'on peut noter des effets sensibles. L'analgésie et l'anesthésie étaient moindres après le traitement.

Les yeux, qui étaient plus ou moins atteints chez tous nos sujets, n'ont été nullement améliorés par le traitement par le phosphore.

Le pôle génital, comme on dit, n'a été vivement impressionné que dans l'observation Ire, car le malade a éprouvé de nombreuses érections. Ces phénomènes ont été peu sensibles chez les autres malades.

Il faut ajouter à ces résultats un effet assez curieux du phosphore, c'est un contentement général, une satisfaction toute particulière, qui fait que les malades réclament, après avoir été soumis à la médication phosphorée, la continuation de cette médication. Je sais bien que lorsque l'on use d'un remède nouveau contre une affection à peu près incurable, on constate souvent des faits analogues; mais ici ils m'ont paru beaucoup plus marqués, et je les ai constatés chez tous mes malades.

Les malades ont tous fort bien supporté le traitement phosphorique, et leur santé générale n'a pas été un instant troublée.

Les symptômes digestifs (diarrhées, vomissements) se sont montrés souvent dans le cours du traitement phosphorique, et cela aussi

bien dans l'emploi de l'huile phosphorée que dans celui des capsules. Ces symptômes digestifs ont une grande importance et ce sont eux qui permettent de graduer les doses. Dès qu'ils apparaissent, ils indiquent qu'il faut cesser momentanément les doses, pour les reprendre après un ou deux jours de repos.

En commençant par 1 milligramme de phosphore, j'ai pu atteindre, dans l'observation IV, 8 milligrammes en augmentant graduellement la dose de 1 milligramme, sans produire de troubles digestifs, mais, le plus ordinairement, dès qu'on atteint 5 milligrammes, ces troubles apparaissent.

Lorsque, pendant huit à dix jours, on reste à la dose de 3 à 4 milligrammes, les phénomènes digestifs apparaissent presque toujours après ce laps de temps. On cesse alors l'emploi du médicament et on reprend le traitement à la dose de 1 milligramme.

Est-ce là un résultat définitif, est-ce là le dernier mot du phosphore dans l'ataxie? Assurément non. Les faits sont trop peu nombreux. Le traitement n'a pas été prolongé suffisamment pour que nous puissions porter un jugement complet.

Mais, quel que soit l'avenir réservé à cette médication, je crois qu'en présence des faits, il faut tenter de nouveau l'emploi du phosphore contre cette affection, qui a déjà usé un si grand nombre de médicaments.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du goître suffocant et de son traitement;

Par le M. docteur Delore, chirurgien de l'hôpital de la Charité de Lyon.

En 1855, Bonnet, notre regretté maître, présenta à l'Académie des sciences un mémoire sur une variété de goître à peine indiquée avant lui. Il en donna une bonne description, et il imagina, pour sa guérison, un instrument spécial. Depuis lors, quoique l'affection ne soit pas d'une extrême rareté, et que l'instrument de Bonnet donne les meilleurs résultats, son procédé me semble tomber dans un oubli immérité [1].

Il y a deux espèces de goître suffocant. Les goîtres volumineux,

[1] Cependant il a reçu la publicité soit par la communication de M. Bonnet, soit par l'ouvrage de M. Phélipeaux (*Traité de la cautérisation*, 1856) où sont plusieurs figures qui représentent et l'instrument et la manière de s'en servir. Nous devons à l'obligeance de M. Phélipeaux de pouvoir les reproduire ici.

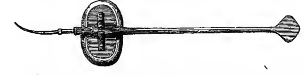
ordinairement cancéreux, qui étreignent solidement la trachée, l'aplatissent et finissent par causer la mort. Ce n'est point d'eux dont s'est préoccupé Bonnet.

Il a décrit de petites tumeurs pédiculées, provenant d'une hypertrophie thyroïdienne, mobiles, s'enfonçant, pendant l'inspiration, derrière la fourchette sternale, repoussée au-dessus d'elle pendant l'expiration.

Ces tumeurs, malgré leur peu de volume, causent des accidents sérieux, dont l'aplatissement de la trachée est le principal. A mesure qu'elles augmentent, elles troublent davantage la respiration et peuvent même causer l'asphyxie, à moins que, par un mécanisme analogue à celui de l'utérus pendant la grossesse, elles ne s'élèvent au-dessus du sternum et ne puissent plus ensuite s'engager derrière lui. Les hypertrophies thyroïdiennes unilatérales produisent aussi la gêne de la respiration, jusqu'au moment où leur accroissement leur permet d'échapper à la pression du sterno-mastoïdien, que Bonnet sectionnait quelquefois par la méthode sous-cutanée.

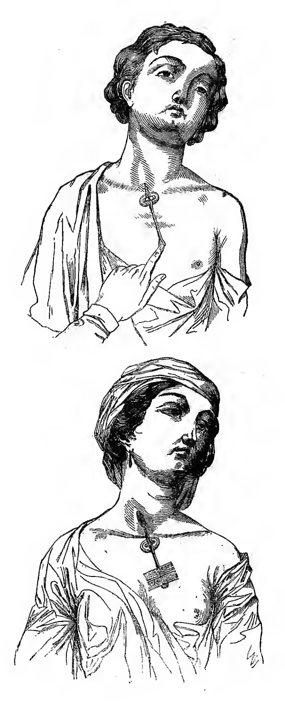
Les inconvénients sérieux des goîtres suffocants nécessitent souvent l'intervention chirurgicale; mais leur mobilité est un obstacle pour en triompher.

Soulever la tumeur, la fixer dans une partie accessible du cou, pour l'attaquer plus facilement par les caustiques; tel est le but que s'est proposé Bonnet, en imaginant un instrument spécial.



La pique ou fourchette Bonnet se compose d'une tige d'acier de 12 centimètres dont une extrémité est pointue, l'autre est plate et mousse. Au milieu se trouve un coussinet matelassé. Avec la pointe on perfore la peau et on embroche la tumeur préalablement soulevée avec les doigts. Sa tige étant maintenue verticalement, le coussinet est appliqué devant le sternum et l'extrémité mousse est fixée devant la poitrine avec du collodion, du diachylum ou des bandes. On peut alors la détruire en totalité ou en partie.

J'ai eu plusieurs fois occasion de traiter le goître suffocant, et j'ai pensé que la relation du fait suivant serait de nature à encourager les chirurgiens à employer la méthode Bonnet.



Goître cystique suffocant. — Le nommé Durousset (Joseph), âgé de onze ans et demi, est entré le 16 novembre dans les salles de l'hospice de la Charité. Il est atteint d'un goître suffocant. L'enfant ne peut pas donner une date précise du début de sa maladie. Pour tout renseignement, il dit que son père s'en est aperçu le premier, il y a un an. Depuis neuf mois, la tumeur a grossi rapidement. Elle est située sur la ligne médiane, en avant de la trachée. Elle occupe l'espace qui existe entre la partie inférieure du larynx et la fourchette sternale. Par sa face antérieure, elle est en rapport avec une légère couche musculaire formée par les sterno-hyoïdiens, avec l'aponévrose de ces muscles et les veines jugulaires externes et antérieures ou *externes supplémentaires*; par ses faces latérales, avec les muscles sterno-mastoïdiens. Lorsque l'enfant respire lentement, avec calme, la tumeur ne fait qu'une légère saillie antérieurement; mais lorsqu'il fait de fortes inspirations, ou qu'il a éprouvé quelque émotion, aussitôt cette tumeur disparaît et va se loger derrière le sternum. A peine peut-on atteindre le bord supérieur, tandis que tout le reste de la tumeur a disparu; alors il se forme, entre l'extrémité inférieure du larynx et l'extrémité supérieure du sternum, une excavation, où la tumeur revient se loger pendant les expirations. Quand la tumeur est ainsi placée sous le sternum, des accès de suffocation ont lieu; la figure de l'enfant se congestionne, et se trouve bientôt couverte de sueur. Ces phénomènes d'asphyxie n'en continuent pas moins, alors que la tumeur n'est plus sous le sternum, ou qu'on la tient soulevée. Ce qui prouve une déformation des anneaux de la trachée, due à la pression permanente de cet organe par le goître.

Si l'on fait souffler l'enfant, la tumeur apparaît dans tout son volume, qui peut être égal à celui d'un œuf de poule. Sa forme est ovoïde, son diamètre vertical est de 6 à 7 centimètres, et son diamètre transversal de 4 à 5 centimètres. Sa consistance est assez dure, rénitente. Il y a de la fluctuation, elle est très-difficile à percevoir, parce que la tumeur fuit sous les doigts de l'explorateur.

Comme on peut déjà le pressentir, les fonctions respiratoires ne se font plus aussi bien qu'à l'état normal. Aussi, les longues marches, et surtout les marches ascendantes, lui sont pénibles. Le cornage est manifeste. Les inspirations sont difficiles, sonores, rauques; elles simulent les inspirations d'un enfant qui a le croup. La voix est altérée; elle est plus rauque qu'avant la maladie.

23 novembre. *Opération.* — On a immobilisé la tumeur en l'embrochant avec la fourchette de Bonnet, dont le manche est fixé

devant le sternum, au moyen de bandelettes de diachylum; pour arriver plus vite dans la cavité cystique, on a cautérisé superficiellement la peau avec le fer rouge en avant et en arrière de la tige métallique, qui, pénétrant dans la tumeur par sa partie inférieure, faisait saillie sous la peau en haut. Après cette première opération, on fit une application de pâte de Canquoin. Un accès de suffocation qui survint obligea de suspendre l'ethérisation.

24. Etat général bon. Accès de suffocation pendant la nuit. Pas de fièvre. Pouls normal. L'enfant va bien. Pas encore d'amélioration de la voix et de la respiration.

25. Ablation de l'eschare avec une pince et un bistouri. Etat général bon. Pas de réaction fébrile. Pouls normal. Appétence. Sommeil. Pas d'accès de suffocation. Deuxième application de canquoin.

27. Troisième application du caustique, après la dissection de l'eschare. Etat général bon. Rien de particulier.

28. Dissection de l'eschare. On pénètre dans la cavité cystique. Apparition d'un liquide assez abondant, limpide, clair. Application d'une lamelle de canquoin dans l'intérieur de la poche. Mauvaise nuit. Les accès de suffocation ne se sont pas reproduits. Inappétence. Pouls un peu accéléré.

29. Nouvelle application de canquoin. Fièvre le soir. Alimentation légère.

30. Etat général meilleur. Appétit. Sommeil. Pansement avec de la charpie imbibée de laudanum. Suppuration assez abondante.

4 décembre. Rien de particulier les jours qui précèdent. L'eschare, qui a la forme d'un entonnoir, commence à se détacher. Plus d'accès de suffocation. L'état général est bon. Appétit. Sommeil. Respiration moins bruyante, moins rauque. Suppuration abondante. Peu d'odeur.

5. Chute de l'eschare. Au-dessous, la plaie est rose. Suppuration normale.

7. L'enfant peut déjà se lever. Ablation de quelques lambeaux de l'eschare. On voit l'intérieur de la poche.

Depuis le 7 jusqu'au 18, notre malade n'offre rien de particulier. Pansement simple. Diminution notable de la plaie. Injection au vin aromatique.

18. Introduction d'un stylet dans la poche, pouvant avoir 1 centimètre et demi de profondeur, d'où s'échappaient quelques gouttes de pus. Injection au vin aromatique.

19. Injection iodée, et les jours suivants. La suppuration a dimi-

nué. Depuis trois semaines, l'enfant n'a pas eu d'accès de suffocation. Sa voix a un timbre clair. Le cornage a totalement disparu, et à peine entend-on, pendant son sommeil, un sifflement léger. L'enfant, qui ne pouvait chanter avant l'opération, peut actuellement le faire d'une manière distincte.

5 janvier. Suppuration peu abondante.

9. Impossibilité de faire pénétrer la sonde dans la plaie. Peu de suppuration.

25. Plus d'injections. Pansement simple. Etat général et état local satisfaisants.

1er février. La plaie est complétement fermée. L'enfant est totalement guéri. Toutes les fonctions respiratoires se font comme avant le début de la maladie.

Derrière la cicatrice de la peau, on sent une tumeur du volume d'une noisette, qui, observée jusqu'au 15 février, n'augmente pas de volume. *Exeat.*

Réflexions. — Si le kyste ne se fût pas engagé derrière le sternum, si le malade n'avait pas éprouvé de fréquents accès de suffocation mettant sa vie en danger immédiat, l'injection iodée eût été préférable, peut-être, à la cautérisation après déplacement. Mais l'injection iodée expose quelquefois à un gonflement inflammatoire qui eût augmenté l'asphyxie, et à la suppuration qui eût pu fuser dans le médiastin antérieur. Grâce à l'instrument de Bonnet, et malgré l'aplatissement de la trachée qui a persisté pendant quelques jours, la destruction du kyste a été produite par le caustique, sans accident grave pour le jeune malade, qui a repris, en quelques jours, tous les attributs de la santé.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Cinnamonime; principe sucré de la cannelle de Ceylan.

Un grand nombre de botanistes se sont occupés du cannellier, les notices les plus intéressantes, parues à son sujet, ont été publiées par Aublet, Leblond, Stevoget, Gollier, Swatz, Nées d'Esenbek, Rouelle, sans compter ce qu'en ont dit Hippocrate, Théophraste, Dioscoride et Pline.

Après l'historique de cet arbre et son mode de culture, les savants ont voulu en connaître les principes constituants pour les

faire servir à nos besoins dans l'industrie, en médecine, et comme condiment en cuisine; dans ce but, les chimistes en ont analysé les racines, les feuilles, l'écorce et les fruits ; Michaud, Virey, plusieurs autres s'en sont occupés.

Vauquelin, dans un travail spécial, s'est assuré que l'écorce du cannellier cultivé en Chine a la même composition chimique que celle qui est récoltée à Ceylan ; il en a isolé les substances suivantes : huile volatile, tannin, mucilage, matière colorante, un acide particulier appelé *acide cinnamique*.

MM. Pelouze et Fremy donnent, dans leur Traité de chimie, les équivalents de cet acide.

Un des caractères de la bonne cannelle est de communiquer à la bouche, lorsqu'on la mâche, une sensation chaude aromatique, une saveur comme sucrée ; or, d'après l'analyse de l'illustre Vauquelin, aucune des substances qu'il en a extraites ne présente cette saveur, d'où il faut conclure qu'il existe dans cette écorce un autre principe, qui a échappé à cet expérimentateur ; car dans les sciences il est admis qu'il n'y a jamais d'effets sans causes.

La cinnamomine que nous avons extraite de la cannelle se présente sous forme de cristaux aiguilles, légèrement colorés en jaune, d'une saveur sucrée ; elle est soluble dans l'eau et l'alcool ; elle s'obtient de la manière suivante :

Mettez dans un flacon en verre :

Cannelle de Ceylan réduite en poudre fine...	500 grammes.
Eau distillée aiguisée d'acide sulfurique.....	800 —

Après huit jours de macération, on filtre au papier ; on verse dans la colature et par petites portions du carbonate de chaux lavé à l'eau distillée en suffisante quantité pour neutraliser tout l'acide; le magma qui en résulte est divisé en trochiques, sur des plaques, pour en activer la dessiccation ; on réduit cette chaux en poudre, on la met dans un flacon avec le double de son poids d'alcool rectifié.

Après quelques jours de contact, filtrez au papier; la colature est distillée au bain-marie de manière à en retirer les trois quarts de l'alcool employé ; le quart qui reste est évaporé à l'air libre ; on sèche les cristaux entre des feuilles de papier, on les conserve dans des flacons bien bouchés.

Stanislas Martin.

Encore un mot sur la moutarde Rigollot.

Au mois de septembre 1867, nous disions aux lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* qu'un chimiste français, M. Rigollot, avait trouvé un nouveau moyen d'employer la farine de moutarde, que son sinapisme sur feuilles de papier était appelé à rendre de grands services en médecine.

Nous apprenons que la commission des médicaments et remèdes nouveaux près de l'administration générale de l'assistance publique à Paris a émis, dans sa séance du 3 février dernier, une opinion favorable sur ce nouveau médicament, de plus elle en a prescrit l'adoption pour le service de tous les hôpitaux; oette déoision vient justifier nos prévisions.

Si M. Rigollot a inventé une bonne chose, il n'en aura pas les avantages; la moutarde Rigollot est déjà contrefaite en Allemagne. Espérons qu'une concurrence déloyale ne privera pas en Franoe notre honorable confrère du fruit de ses longues recherches, car l'imitation est si imparfaite, le produit d'une si mauvaise qualité, que la fraude sera bien vite reconnue. Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur le rétroceps.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

En face des intéressants travaux qui donnent un si vif éclat au *Bulletin de Thérapeutique*, un modeste praticien craint toujours d'user trop largement de l'hospitalité que vous lui offrez. C'est donc par discrétion que j'ai rédigé le plus succinctement possible les deux observations publiées dans le numéro du 15 février. Mais, comme de bienveillants confrères me l'écrivent, en voulant trop condenser, j'ai sacrifié la clarté de la première partie de l'observation II, où le lecteur cependant corrige facilement par la pensée les deux fautes d'impression qui nuisent à l'intelligence du fait. Je ne crois donc pas pouvoir mieux faire, monsieur le rédacteur, que de vous prier d'insérer dans votre estimable recueil les explications que l'on me demande. Dans ce but, il est nécessaire que j'entre dans des détails que je n'ai pu fournir au *Bulletin* du 15 février, pour les motifs indiqués.

Obs. II. Mme L***, domiciliée à Saint-Savinien, à terme pour la troisième fois, assistée par une femme intelligente, est en travail, le 2 décembre 1867, à neuf heures du matin. La période de dilatation dure jusqu'à neuf heures du soir, moment où les eaux s'écoulent. La tête est reconnue à travers le segment antérieur de l'utérus, et le sommet touché très-haut à travers le col. Bonnes douleurs. Aucun progrès dans le travail jusqu'à une heure. Je suis appelé. La dilatation est complète. Je constate la présence du sommet au-dessus du *détroit supérieur*, en deuxième position. Connaissant la lenteur de l'évolution de la tête dans ce cas, je temporise et me fais expliquer les accouchements antérieurs. Alors j'apprends qu'en 1864, Mme L*** a mis au monde un enfant très-petit, venu par le sommet, après une période d'expulsion de douze heures; qu'en août 1866, encore à terme, elle fut accouchée par le deuxième médecin appelé, M. le docteur G***, habile praticien, qui retira, au moyen du forceps classique, un enfant mort, d'un volume ordinaire, après plusieurs tentatives infructueuses.

Un tel commémoratif ne pouvait que fixer toute mon attention. Par le procédé classique, nombre de fois répété, avec l'index droit, en un mot, je reconnus l'angle sacro-vertébral et mesurai le diamètre sacro-pubien, qui me donna toujours 8 centimètres et demi. Du coccyx à la symphyse pubienne, je trouvai aussi 8 centimètres et demi. Donc, j'avais sous les doigts un bassin vicié suivant les diamètres antéro-postérieurs.

Deux heures. — Malgré des douleurs plus fortes, la tête reste immobile. Je tente une première application du rétroceps. J'échoue, par cette raison que la tête est au-dessus de la sphère d'action de mes cuillers, dont le bec frotte simplement la convexité de l'organe.

Trois heures. — Même position de la tête. Mes deux cuillers, mieux placées, pénètrent : la basculante, à 20 centimètres de profondeur; la pivotante, plus haut encore, sans prendre l'organe; car, lorsque je veux m'assurer qu'elles tiennent, la basculante glisse, tourne et se place au devant de sa congénère. Pour moi, donc, c'est toujours le premier temps de l'acte de la parturition, c'est l'*amoindrissement* d'une tête qui se présente en deuxième position au détroit supérieur.

Quatre heures. — Avant de toucher de nouveau, je m'assure par l'auscultation que le fœtus est bien vivant. Je perçois distinctement le maximum des bruits cardiaques, petits et profonds, dans e flanc droit de la mère, au niveau de l'ombilic : ce qui, en me fondant sur la belle théorie de M. Depaul, me confirme dans l'opinion

que le dos du fœtus est tourné à droite, en arrière, et l'enfant en deuxième position. Alors, je place la cuiller droite ou pivotante la première. Elle pénètre spontanément à 23 centimètres de profondeur et je sens qu'elle embrasse bien la tête.

La cuiller gauche ou basculante, que je guide sur ma main droite poussée le plus haut que je puis, ne se place pas de manière à tenir. Comme précédemment, elle glisse et vient se superposer à la pivotante. La cause de ces échecs successifs réside non-seulement dans mon inexpérience pour placer la branche gauche du rétroceps, qu'instinctivement je conduis trop sur le côté, en vertu de cette judicieuse formule, exclusivement applicable au forceps classique, et que l'on a toujours gravée dans l'esprit : *Branche gauche, tenue de la main gauche, toujours à gauche*, etc., mais encore dans l'obstacle opposé par la saillie de l'angle sacro-vertébral, la tête se présentant, du reste, au *détroit supérieur* dans une position qui semble oblique de droite à gauche et d'arrière en avant.

Cinq heures.— Désespérant de vaincre avec le rétroceps, en présence d'une attaque d'éclampsie imminente et des douleurs terribles de la femme, je me sers du forceps. Je reconnais que la tête a changé de position sous l'influence des contractions soutenues de la matrice. Elle se présente au détroit supérieur en accommodant son diamètre fronto-occipital au diamètre oblique de droite à gauche et d'arrière en avant du détroit. La suture sagittale que j'ai sous les doigts, dans la direction indiquée, m'en fournit la preuve. Voilà pourquoi j'ai trouvé la tête plus accessible à l'exploration, plus centrale par rapport au détroit supérieur.

Je n'entrerai pas dans la description de mon application du forceps classique. Tous les accoucheurs savent les difficultés qu'un médecin non spécialiste rencontre pour saisir une tête qui se présente au détroit supérieur rétréci. L'obstacle principal pour moi ne fut pas de placer à peu près bien la branche mâle, ce fut pour articuler les branches de l'instrument, qui s'éloignaient en divergeant, la branche mâle du moins. Cètte opération était impossible sans forcer beaucoup de résistances. Je m'arrêtai donc, après de nombreuses tentatives, devant cet ordre des grands accoucheurs : *Il ne faut pas forcer une résistance*. Ce fut donc avec la plus vive satisfaction que, au moment où je réclamais la présence d'un confrère pour perforer le crâne d'un enfant bien vivant, ayant tenté une dernière fois d'appliquer le rétroceps, je sentis ma cuiller gauche ou basculante pénétrer d'elle-même dans l'aire postérieure

du bassin et embrasser l'organe encéphalique. J'attribue cet heureux placement à ce que j'ai laissé, pour ainsi dire, la cuiller libre de se poser où elle le voulait dans les organes maternels ; elle pénétra donc spontanément, comme par le contre-poids de sa tige. Il est inutile de revenir sur les tractions énergiques que j'ai opérées pour engager la tête dans le détroit supérieur ; mais j'appellerai l'attention sur la longueur de la période d'*amoindrissement* de la partie qui allait s'engager ; puis, sur la facilité constante avec laquelle j'ai toujours placé les branches droites du forceps et du rétroceps. J'insisterai enfin sur ce fait important, que mon rétroceps a bien franchi le niveau du détroit supérieur pour aller embrasser le front de l'enfant, où le bec de la cuiller basculante fit une empreinte profonde, dans l'espace intersurcilier.

En outre, je dirai que, dans ce fait de dystocie par angustie absolue, cas exceptionnel par conséquent, j'ai été obligé de presser fortement la tête sur l'arc antérieur du détroit, où elle fut réduite, pétrie même, si l'on veut, mais sans danger pour l'enfant, qui vint au monde bien vivant. La déformation et l'aplatissement des régions temporale et pariétale droites sont la preuve de cette action réductrice du rétroceps, qui, dans cet accouchement, pressa la tête d'une manière régulière, intermittente, sur cet arc inébranlable, suivant son diamètre bipariétal. Il n'y a donc pas eu, dans le fait que j'avance, de ces pressions dangereuses pouvant faire glisser la tête au-dessus du pubis ; mais, au moment où le rétroceps a saisi l'organe pour l'engager dans le détroit supérieur, à ce moment précis, et sur son arc antérieur, il y a eu lutte entre la puissance du rétroceps manœuvré à pleines mains et la résistance de la branche horizontale du pubis droit. Il y a eu, dis-je, et que l'on me pardonne une expression que j'emprunte à la mécanique, *un point mort à franchir*, un temps d'arrêt pendant lequel le rétroceps aplatissait la tête qui, roulant sur l'arc antérieur inébranlable de ce détroit, tomba dans l'excavation. Au détroit inférieur, la résistance me sembla plus grande, parce que le sommet ne se dégagea pas directement sous l'arcade pubienne, mais bien un peu obliquement sur la branche de l'ischio-pubis droit. Cette circonstance expliquerait donc encore la déchirure du périnée.

Telle est, monsieur le rédacteur, la manière dont j'ai compris, théoriquement, le fait que je viens d'analyser. Je crois avoir répondu ainsi aux désirs des confrères qui ont bien voulu me prier de m'expliquer sur cet accouchement vicieux. En terminant, je crois donc devoir conclure que, *pour saisir une tête se présentant au*

détroit supérieur, j'ai appliqué mon rétroceps au-dessus de ce détroit en le plongeant à 23 centimètres dans la filière utéro-pelvienne.

Agréez, monsieur, etc. D[r] PHÉLIPPEAUX,

Ex-chirurgien de la marine, médecin du chemin de fer à Saint-Savinien.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Permettez-moi de vous signaler un fait singulier qui s'est rencontré ces jours derniers dans ma pratique :

Le 26 octobre dernier, je fus appelé à visiter le nommé Richard, atteint d'occlusion intestinale. Les symptômes ordinaires de l'étranglement n'ayant en rien été modifiés par les applications réfrigérantes et l'insufflation intestinale qu'on avait mises en usage avant de réclamer mon secours, je prescrivis à mon arrivée une pilule, où j'associai l'huile de croton tiglium avec l'extrait de belladone; un cataplasme de feuilles de belladone fut appliqué concurremment sur toute la surface abdominale, et une heure plus tard on lui donnerait un lavement avec une infusion de séné. Cette médication réussit, et, quelques heures plus tard, à la grande satisfaction de tous, le malade venait à la selle ; mais je fus averti alors d'une *circonstance* sur laquelle je désire fixer votre attention à cause de sa rareté. Richard, quelques heures avant ma première visite, avait, d'après les conseils de je ne sais quelle commère, avalé une balle en plomb. Ce corps étranger passa d'abord inaperçu; mais, dix jours après, sa présence donna lieu à de nouvelles coliques, à quelques vomissements. Le douzième jour, le ventre se ballonnait; je fis alors administrer un lavement purgatif, qui amena immédiatement l'expulsion de la balle et la cessation de tous les accidents. Quoique cette balle fût du calibre d'un fusil à munition, elle n'a occasionné, pendant son long séjour dans le tube intestinal, aucun accident d'intoxication saturnine.

Agréez, etc. D[r] CANTEL,

des Mées (Basses-Alpes).

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes sur la tuberculose, preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité, par J.-A. VILLEMIN, professeur agrégé à l'École spéciale du Val-de-Grâce.

Depuis que la question de l'inoculabilité de la tuberculose a été

introduite dans la science par M. Villemin, tous les esprits, je dis les esprits sérieux qui conçoivent la portée de la médecine, se sont recueillis, et se sont demandé où en est réellement la science courante sur l'étiologie de cette terrible affection, comme sur la prophylaxie qui la prévient ou la thérapeutique qui la combat. La manière hardie dont le savant agrégé du Val-de-Grâce a posé cette question et l'a résolue ne produisît-elle que ce résultat, qu'il aurait bien mérité de la science et de l'art. En nous arrachant, par ce cri imprévu, à nos études routinières sur cette affection, qui n'étaient guère plus qu'une simple méditation de la mort, il a immédiatement relevé ces études à la hauteur de leur objet, et leur a imprimé une direction virile qui est à elle seule le gage d'un réel et infaillible progrès.

Avant d'aborder le problème qu'il se propose de résoudre, comme les principaux éléments de ce problème se trouvent impliqués dans les résultats fondamentaux auxquels sont parvenues les recherches biologiques contemporaines, notre laborieux confrère a consacré une bonne partie de son livre à l'exposition de ces résultats, dans la mesure de leurs rapports avec ses originales recherches. L'œuvre de M. Villemin est une œuvre fortement systématisée : dès les premiers pas de notre habile et ingénieux confrère, on voit où il tend : avant d'arriver au but bien déterminé qu'il se propose d'atteindre, il s'attaque énergiquement, le long de sa route, à tous les faits ou tout au moins à toutes les idées qui pourraient y contredire; il montre ainsi évidemment qu'avant que l'expérience lui eût rigoureusement permis de conclure, son siége était fait; il faut que la tuberculose trouve sa cause dans un agent spécifique, et qu'elle soit inoculable. C'est en vue de cette préoccupation, en une certaine mesure légitime, ou, si l'on veut, c'est pour obéir à cette méthode logique, qu'il s'efforce tout d'abord d'appuyer sur les difficultés qu'offre incontestablement la question des diathèses, de la parenté de la scrofule avec la tuberculose, de l'hérédité, de la spontanéité de cette maladie générale, etc.; c'est encore pour préparer la solution à laquelle il espère rallier les esprits auxquels il s'adresse que l'habile médecin du Val-de-Grâce s'applique à mettre en vive lumière, au risque de les forcer quelquefois, les rapports morphologiques, ou d'évolution, ou de symptomatologie, que présentent avec la tuberculose la morve, le virus syphilitique, voire même, mais dans un sens plus restreint, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, etc. Bien avant que M. Villemin touchât à ces questions, beaucoup de penseurs les avaient agitées, et en avaient tiré des conclusions

qui ne sont pas toujours en complète discordance avec celles de notre savant et ingénieux confrère. Aussi bien, quoique aucun avant lui n'ait embrassé d'une aussi énergique étreinte l'ensemble de ces idées, ne manque-t-il pas de faire revivre, en les rappelant compendieusement, ces diverses recherches, ces diverses conceptions doctrinales, pour assurer plus d'autorité à la tentative hardie qu'il essaye aujourd'hui.

Si nous avons cru devoir tout d'abord faire ces courtes remarques sur la marche technique de M. Villemin dans son remarquable travail, et si de ce que nous avons dit on a conclu que cette marche, avant de s'appuyer sur l'induction, est éminemment déductive, ce n'est pas que nous blâmions cette méthode, quand elle conduit à une idée vérifiable par l'expérience : dans la patrie même de Bacon, l'induction n'est plus considérée que comme une méthode qui a une fonction bornée dans l'élaboration de la science : la méthode déductive y est considérée comme ayant une bien autre portée scientifique. D'instinct, comme beaucoup d'esprits sagaces, notre judicieux confrère n'a point attendu que M. Stuart Mill (1) développât ce principe pour l'appliquer, et ce n'est pas nous qui l'en blâmerons ; seulement, il faut bien se pénétrer que la déduction ne vaut que dans la mesure de la certitude du principe dont elle part, et dans les sciences qu'autant qu'elle est confirmée par l'expérience. Ainsi, il nous a semblé, et nous ne les en blâmons pas plus que nous ne le faisons de l'auteur dont il s'agit en ce moment, que MM. Pidoux et Chauffard ont surtout suivi cette méthode dans la grave discussion académique qu'a provoquée le rapport de M. Colin sur le travail de M. Villemin ; mais qui prononcera entre la conception de l'hétérogénie pathologique du premier, celle de la fécondation des cellules plasmatiques du second, et l'idée doctrinale du médecin du Val-de-Grâce, qui assimile complétement l'évolution de la tuberculose, sous l'incitation d'un agent spécifique, aux maladies zymotiques? Dans la pensée très-nette de M. Villemin, ses inoculations, soit de la granulation tuberculeuse, soit des produits nécrobiosiques en lesquels elle s'est progressivement transformée par un travail intime de métamorphose régressive, répondent péremptoirement à cette question. Pour nous, qui, de la tribune modeste d'où nous

---

(1) *Système de logique déductive et inductive; exposé des principes de la preuve et des méthodes des recherches scientifiques*, par John Stuart Mill, traduit, sur la sixième édition anglaise, par M. Louis Peisse, t. Ier, p. 541 et *passim*.

parlons ici, ne nous reconnaissons qu'un droit en ce moment, celui de réserver notre opinion, nous n'hésitons pourtant pas à reconnaître que, ce point restreint, l'inoculation de la matière tuberculeuse chez quelques animaux, le lapin, le cabiai, etc., est un fait que l'auteur des *Etudes sur la tuberculose* a mis hors de toute contestation. Mais ce fait signifie-t-il tout ce que veut lui faire dire M. Villemin? signifie-t-il que toute tuberculose a nécessairement, inévitablement pour point de départ la mise en rapport de l'organisme par une voie quelconque avec cet agent spécifique, et que, partant, diathèse, hérédité, misère physiologique, abus de la vie sous toutes les formes, sont devenus, en présence du fait nouveau, une étiologie fantastique qu'il faut reléguer dans le kaléidoscope des *Mille et une Nuits* de l'histoire de la médecine? Non, pas encore, assurément. Prouvât-on que la phthisie est contagieuse, comme d'excellents esprits tendent à le croire, elle ne l'est assurément que dans une proportion qui ne justifiera jamais une assertion si tranchée; et les causes que d'un trait de plume on élimine conserveront longtemps encore, hélas! comme pour démontrer leur poignante réalité, leur activité toute-puissante. Et l'étiologie hétérogénique de M. Pidoux, qu'il a formulée jadis en un aphorisme à la Royer-Collard que tout le monde a retenu : « La phthisie n'est pas une maladie qui commence, c'est une maladie qui finit, » cette étiologie, qu'on retrouve au fond de vieilles croyances doctrinales et populaires, qu'en pense M. Villemin? Il n'y a pas même touché dans son livre. L'inspecteur en chef des Eaux-Bonnes est un esprit vigoureux, qui manie admirablement la méthode dont nous parlions tout à l'heure, et qui sait aussi bien qu'un autre que cette méthode ne vaut qu'à la condition que les conceptions auxquelles elle conduit trouvent leur vérification dans les faits. Il annonçait dernièrement à l'Académie la bonne nouvelle qu'un jour il reprendrait cette question, mais cette fois sans la scinder, et qu'il apporterait à l'appui de sa démonstration plus de quatre cents faits. Cette promesse, que nous saluons à l'avance comme une lumière qui, en tout cas, peut découvrir à la science des perspectives nouvelles, nous sommes sûr qu'il la tiendra. Mais que notre savant et éloquent ami nous permette ici un conseil timide : que les faits qu'il nous annonce soient nets, précis, énergiquement accentués; car s'il en est autrement, s'il donne comme antécédents à sa phthisie du *devenir*, à sa phthisie conclusion quelques vagues manifestations d'herpétisme, etc., M. Villemin a une façon de comprendre et de discuter les résultats de la statistique appliquée aux choses de la vie qui pourra lui faire con-

sidérer ces faits comme étant sans valeur. Peu ou prou, qui de nous n'a pas eu maille à partir avec quelqu'une de ces douleurs rhumatoïdes, de ces efflorescences éphémères qu'emporte le vent? et alors... vous voyez d'ici la conséquence.

Au moment où j'écris, l'idée de M. Villemin court le monde; cette esquisse si incomplète, si flottante, et où, suivant le mot de Montaigne, « je me suis laissé aller comme je me treuve, » ne dit pas tout le bien que je pense de cette œuvre. Elle témoigne assurément d'un esprit fécond, ingénieux, et qui, tout en sachant ce que valent les faits, ne s'en fait pas des fétiches. Il sent en lui quelque chose qui va au delà de l'impression de la sensation, et veut voir *par derrière*, et il s'en sert à ses risques et périls. On n'arrive pas toujours par là du premier coup, mais on arrive quelquefois; et, dans tous les cas, soyez sûr que ce n'est jamais qu'en s'efforçant de regarder plus loin qu'on ne voit, qu'on recule les bornes de la science. Quand ces sortes d'aventuriers de l'idée qui court en avant découvrent un monde, on les appelle Christophe Colomb; quand ils ne font que changer le point de mire de la lunette scientifique, et montrent qu'à côté de ce qu'on voit il y a quelque chose qu'on ne regarde pas, ils s'appellent, pour ne pas sortir de notre petit monde, Hippocrate, Paracelse, Harvey, Jenner, Laennec, Broussais, Virchow; et ces allumeurs de lampions (car le luminaire, nous pouvons bien en convenir ici, n'est pas prodigué dans notre science, quand on ne prend pas pour la vraie lumière qui éclaire les phosphènes de l'imagination qui éblouissent), et ces allumeurs de lampions ne laissent pas de faire quelque figure dans l'histoire. Cette gloire vous a tenté, monsieur Villemin ; courage ! allez jusqu'au bout de l'arène où vous êtes entré résolûment, et vous aurez fait une œuvre utile et bonne, quand même votre élan vous aurait emporté au delà du but précis que vous vous étiez marqué.

Bien que, dans une discussion académique qui n'a pas été sans provoquer quelque émotion dans le monde médical, qu'elle n'a pas dépassé, nous espérons, on ait semblé admettre que M. Villemin hésitait devant une des conséquences de sa conception théorique de la tuberculose, la contagion, il est bien évident, à la lecture du livre de notre laborieux confrère, que son assentiment est à l'avance acquis à ce mode de propagation de la terrible endémie de notre Europe. Ce trait nosologique entrerait nécessairement dans le schème de la tuberculose telle qu'il la conçoit, si cet élément y pouvait figurer comme un élément morphologique. Comme cette grave question a été mise dernièrement à l'ordre du jour à la Société

médicale des hôpitaux, et un peu partout, nous le croyons, qu'on nous permette de citer, en finissant, un court passage de l'ouvrage dont nous venons de parler, moins pour exprimer notre assentiment à la prophylaxie bien rigoureuse, en l'état des choses, qu'il formule, que pour laisser pressentir quelle violente perturbation pourrait apporter dans les relations sociales la croyance à la contagion de la phthisie, le jour où elle serait passée de la spéculation scientifique dans la pratique commune de la vie : « Que le jeune homme à santé délicate, et qui s'inquiète d'une aptitude héréditaire, dit quelque part M. Villemin, fuie l'habitation des grandes villes, et aille jouir de l'existence paisible de la campagne, en lieu élevé et purifié par la circulation d'un air facilement renouvelé ; que, plus que tout autre, il évite le contact prolongé, le séjour dans un espace clos, avec les personnes atteintes de tuberculose ; qu'il n'aille pas, sous prétexte d'une prédisposition à la phthisie, se livrer à un traitement préventif, dans les lieux où la vogue accumule aujourd'hui les tuberculeux de tous les degrés, qui se succèdent sans relâche dans la même chambre, dans le même lit, pour suivre encore ces lugubres enterrements nocturnes destinés à voiler le mensonge de la réclame, etc. »

Heureusement, il y a en ceci, croyez-le bien, beaucoup d'entraînement spéculatif, si nous pouvons ainsi dire, et nous en appelons, de M. Villemin encore sous le coup de l'admiration des résultats de ses inoculations, à M. Villemin..... moins ému, pour savoir ce qu'il pense, dans la vérité de sa conscience scientifique suffisamment informée, sur cette question redoutable.

CLINIQUE DE LA VILLE.

De l'utilité du bromure de potassium pour combattre les spasmes locaux et réflexes. — C'est un principe, dont une bonne et sage thérapeutique ne saurait se départir, qu'il faut se garder prudemment de l'engouement si ordinaire avec lequel sont accueillis tant de médicaments nouveaux; et je n'en donnerai pas d'autre preuve que la facilité avec laquelle ces mêmes médicaments perdent souvent toute la confiance qu'ils avaient usurpée, pour retomber dans un oubli qui est parfois mieux justifié que leur succès.

Il ne faut pas cependant qu'une semblable règle de conduite nous empêche de considérer les résultats positifs obtenus par certains

agents nouvellement mis en œuvre, et c'est à l'égard du bromure de potassium que je crois cette dernière réserve particulièrement fondée.

D'ailleurs, lorsque le rôle d'un agent thérapeutique quelconque est bien déterminé, lorsqu'on a pu analyser ses effets et préciser l'élément physiologique auquel il s'adresse, il est facile de comprendre que toutes les fois que cet élément sera en jeu, l'indication pourra s'offrir de mettre en usage son modificateur spécial, quelle que soit d'ailleurs la cause qui ait provoqué le mal, quelle que soit même l'évolution pathologique au milieu de laquelle cet élément vienne à se présenter.

Les faits qui suivent en fourniront la preuve. Guidé par cette idée qui, en résumé, fait du bromure de potassium un agent propre à combattre les phénomènes d'ordre réflexe, je résolus de le mettre en œuvre dans les cas suivants, où le succès justifia tout à la fois et l'usage que j'en fis, et l'idée théorique qui m'avait conduit à l'employer en cette circonstance.

Il est, dans la plupart des maladies de l'extrémité inférieure du gros intestin, un élément aussi fâcheux pour la maladie que pénible pour le malade, c'est le spasme du sphincter. Provoquée à l'état normal par les impressions que transmet aux centres médullaires la muqueuse du rectum et de l'anus, la contraction du sphincter, dans l'état de santé, nous met à l'abri des infirmités les plus pénibles, et cela sans provoquer aucune manifestation douloureuse. Mais, dans l'état de maladie, il arrive souvent que cette tonicité prend le caractère spasmodique, et cette transformation du tonus musculaire, qu'elle parte ou non d'une altération dans la sensibilité normale de l'anus, est à son tour la cause de douleurs souvent exquises et capables d'aggraver notablement l'état morbide quel qu'il soit; et cela d'autant mieux que cette douleur semble agir à son tour sur les centres pour exagérer les spasmes réflexes déjà provoqués; la douleur exaspère le spasme, et le spasme exaspère la douleur, et cet enchaînement morbide constitue un véritable cercle vicieux.

De plus, outre les phénomènes douloureux et leurs conséquences plus ou moins directes, ces spasmes peuvent encore provoquer d'autres conséquences non moins fâcheuses, soit par la constipation, invincible quelquefois, dont ils s'accompagnent, soit par la congestion qu'ils peuvent amener ou l'étranglement qu'ils peuvent déterminer sur des vaisseaux congestionnés (les hémorrhoïdes), soit enfin

par les phénomènes sympathiques qu'ils peuvent provoquer, surtout dans leur voisinage et notamment sur le col de la vessie.

Or, il est facile de concevoir qu'un médicament capable de supprimer ou de suspendre les phénomènes réflexes suspendrait par là même la plus grande partie de ces accidents, et rendrait toujours aux malades les plus grands services. Dans la chaîne nerveuse que parcourt l'acte réflexe, quel que soit l'anneau que l'on supprime, peu importe, le résultat n'en sera pas moins constant. Or, c'est ce que produit le bromure de potassium, et bien que nous ignorions quel est au juste l'élément nerveux sur lequel porte son action, si c'est la terminaison périphérique du nerf, ou ses fibres conductrices, ou sa cellule de réflexion motrice, il n'en est pas moins certain que cet agent supprime les phénomènes morbides d'ordre réflexe.

Je vais en donner, dans les trois exemples ci-dessous, une preuve nouvelle :

Obs. I. Mme P*** est accouchée, le 20 novembre 1867, après un travail prolongé auquel le forceps dut mettre un terme.

Dès le lendemain, un paquet hémorrhoïdal saillant, du volume d'un œuf de poule au moins, devient dur et sensible, et motive l'usage de cataplasmes arrosés de baume tranquille et de suppositoires au beurre de cacao légèrement belladonés. Malgré ce traitement, la tumeur grossit encore, s'indure, la partie supérieure même se gangrène, et un lobule, du volume d'une noisette, noircit et se sépare du reste de la tumeur. Cependant la douleur est excessive, et, malgré le traitement susdit, la malade souffre continuellement et ressent par moments des spasmes du sphincter qui exaspèrent ses douleurs au point de lui arracher des cris.

Je prescris alors l'usage du bromure, en applications externes, les lavements étant rendus impossibles par le spasme et la douleur du sphincter. Une compresse, mouillée d'une dissolution de bromure dans la glycérine, est appliquée et maintenue sur la tumeur.

Dès le lendemain, les spasmes ont diminué et la douleur est calmée; le surlendemain, tous les accidents inflammatoires ont disparu, une selle normale se produit sans grande souffrance. Le sommeil avait été impossible depuis l'accouchement, à cause des spasmes douloureux qui réveillaient la malade alors qu'elle était sur le point de s'endormir : or, sous l'influence de ce traitement, le sommeil se rétablit, et en quelques jours les hémorrhoïdes reviennent sur elles-mêmes et ne sont plus l'occasion d'aucun phénomène douloureux.

Obs. II. M. de L** est atteint d'un cancroïde du rectum; la tumeur occupe l'anneau supérieur du sphincter, et en octobre 1867

elle s'est étendue à une grande partie de l'ampoule rectale. Le sphincter inférieur est à ce moment le siége de spasmes douloureux qui provoquent, avec une constipation opiniâtre, des douleurs paroxystiques très-violentes, s'irradiant au col de la vessie, suivies d'une évacuation pénible et prolongée.

J'employai, dans le cas actuel, le traitement suivant : à la suite d'un grand lavement, destiné à évacuer les matières les plus rapprochées du siége du mal, je fis administrer un second lavement, qui, sous un petit volume, renfermait une solution de bromure mêlée à un peu de coaltar émulsionné.

Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes spasmodiques disparaissent, l'usage des évacuants, dont auparavant j'avais presque épuisé la nomenclature, devient de moins en moins urgent, les selles venant assez facilement, sans autre moyen délayant et sans aucun trouble spasmodique ou douloureux. Et aujourd'hui, depuis quatre mois que j'emploie ce mode de traitement, ces phénomènes ne se sont pas reproduits, bien que la lésion d'ailleurs ait, comme on le pense bien, poursuivi son cours.

Obs. III. Un de mes amis, étudiant en médecine, M. F***, assez nerveux par tempérament, me mande près de lui, ces jours derniers, pour une affection spasmodique de l'anus qui occasionne les plus vives douleurs et la constipation la plus tenace. Ce jeune homme n'a jamais pu prendre de lavements et s'y refuse encore actuellement. Je constate à la partie supérieure de l'anus, en arrière, une petite plaque d'eczéma humide d'où partent deux fissures irradiant vers l'orifice anal, où elles arrivent en contournant la racine d'une hémorrhoïde qui est elle-même devenue sensible et a atteint le volume d'un gros pois. Mais, ici encore, les phénomènes spasmodiques sont fréquents et intenses ; ils provoquent les douleurs les plus vives, et vont parfois s'irradier jusqu'à la vessie et donner lieu, avec le ténesme rectal, à un véritable ténesme vésical.

Je prescris simplement l'application d'une compresse trempée d'un glycérolé au bromure de potassium, et, dès la nuit même, le calme revient, le malade retrouve son sommeil, et un peu d'huile de ricin prise le lendemain matin achève la guérison, en ramollissant les matières fécales.

Le glycérolé que j'ai employé dans ces circonstances est ainsi composé :

Pr. Glycérine	20	grammes.
Bromure de potassium	4	—

N. S. A.

De sorte qu'une cuillerée de ce mélange équivaut à 2 grammes du sel bromique. C'est la dose que, en général, je fais ajouter à un quart de lavement, et celle dont je fais mouiller les compresses ou cataplasmes que l'on doit appliquer sur le siége du mal.

Tels sont les faits que j'ai recueillis : ce qu'ils ont de commun m'a paru aussi intéressant à considérer que ce par quoi ils diffèrent, pour mettre en évidence le rôle et l'efficacité du bromure de potassium.

Il est bien évident, d'après ces faits, que, quelle que soit la lésion qui provoque le spasme anal, c'est contre lui que le sel bromique est puissant. Et si l'on cherche comment il arrive à suspendre ainsi un acte réflexe aussi tenace que pénible, on doit penser qu'il agit en supprimant la sensation périphérique qui en est le point de départ, car c'est avant tout un agent anesthésique.

En tout cas, il est bien manifeste qu'il agit d'une façon toute différente du curare, qui suspend l'acte réflexe en supprimant la réaction motrice par la paralysie dont il frappe l'élément moteur périphérique.

Or, pour annihiler cette sensation périphérique, le bromure peut agir de deux façons diverses : ou bien il frappe d'inertie l'élément périphérique, point de départ de l'acte centripète, ou bien il agit sur la cellule qui est centre de réflexion, et, comme on l'a dit, centre de perception inconsciente et réflexe.

Il me semble d'ailleurs évident que l'on ne saurait attribuer un tel résultat à l'action hypnotique du bromure de potassium sur le centre cérébral; les malades qui en ont fait usage sommeillent sans doute plus volontiers, mais ce n'est pas là un effet constant. Et puis, dans les cas ci-dessus rapportés, c'est localement que son administration fut pratiquée, et localement qu'elle agit tout d'abord.

Quelle que soit, d'ailleurs, l'hypothèse à laquelle se rattache la théorie à cet égard, l'efficacité du bromure ne m'en paraît pas moins démontrée par ces observations, qui ne font que confirmer les résultats si remarquables que l'on sait déjà être dus à l'action de ce médicament.

L'analogie peut, d'ailleurs, porter à multiplier les expériences et à en généraliser l'usage. C'est ainsi qu'elle m'a déjà conduit à essayer le même agent dans les cas de spasme vésical, et bien que les résultats que j'ai obtenus ne soient pas encore suffisants pour asseoir la conviction, ils m'autorisent à penser que l'efficacité du médicament ne se démentira pas dans cette nouvelle application.

Chacun comprendra dès lors les services multipliés et importants qu'il est appelé à rendre dans cette voie. Dr Ferrand,

Ex-chef de clinique adjoint.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la constipation opiniâtre par la faradisation de l'intestin. La constipation, — il s'agit ici, bien entendu, de celle qui n'est pas liée à l'existence d'obstacles physiques au cours des matières, — constitue, quand elle est habituelle et opiniâtre, une véritable infirmité qui entraîne après elle de nombreux malaises et de réelles souffrances. Trop souvent les malades ne cherchent le soulagement dont ils ont besoin que dans des moyens dont l'action est purement momentanée et ne tarde même pas à devenir tout à fait nulle; trop souvent il arrive que des médecins mêmes ne dirigent pas convenablement les patients pour leur procurer la guérison de cet état pénible. Nous n'avons pas la prétention de formuler ici les règles qui doivent guider les praticiens dans le traitement de la constipation; Trousseau les a tracées avec le plus grand soin et avec toute l'autorité que lui donnait sa grande expérience. Nous voulons seulement rappeler que dans les cas où la maladie se montre très-opiniâtre et où elle paraît tenir à une sorte de paresse, à un affaiblissement considérable de la tonicité des fibres musculaires de l'intestin, il est un agent qui a déjà été employé avec succès et qui mérite certainement qu'on y ait recours plus souvent qu'on ne le fait. Nous voulons parler de l'électricité localisée, dont nous avons eu déjà l'occasion de signaler l'application thérapeutique.

M. le docteur Althaus, médecin d'un des hôpitaux de Londres, paraît avoir eu beaucoup à se louer de l'électricité dans un assez grand nombre de cas, parmi lesquels il en a choisi trois qui sont bien propres à en montrer l'efficacité. Sans les rapporter ici avec détails, nous nous bornerons à dire comment procède notre confrère anglais. Il introduit dans le rectum une sonde métallique isolée, à l'exception de son extrémité qui est libre dans l'étendue d'environ un pouce, et dont le bout externe est en rapport avec le pôle négatif d'un appareil faradique; puis il promène sur l'abdomen un conducteur humide en rapport avec le pôle positif; il fait alors passer un courant de force modérée, pendant un temps plus ou moins long, suivant les cas, et qui est d'ordinaire d'environ quinze minutes. Le malade n'accuse habituellement aucune souffrance. Il est nécessaire d'y revenir deux ou trois fois par semaine, jusqu'à ce que la régularité des garde-robes soit rétablie. On comprend que concurremment les moyens tirés de l'hygiène, tels que le régime, l'exercice, etc., ne sont pas négligés. (*Lancet*, nov. 1867.)

Traitement abortif des pustules varioliques. Dans l'emploi de quelques-uns des moyens qui ont été préconisés pour procurer l'avortement des pustules varioliques à la face, et prévenir ainsi les cicatrices indélébiles qui trop souvent défigurent les sujets après leur guérison, on a dû se demander, et l'on s'est demandé en effet, s'il n'y a pas lieu de faire honneur du résultat à la soustraction des pustules à l'influence de l'air. Or, s'il est difficile de refuser une action particulière à la composition de certains des topiques employés, tels que l'emplâtre de Vigo, la pommade mercurielle, il n'est guère possible, par contre, de supposer à quelques-uns, comme la glycérine, les corps gras simples, une autre propriété que celle de corps isolants.

C'est ce que pense de ces derniers topiques un médecin de Chesterfield, M. le docteur Black, qui les emploie en onctions fréquemment répétées sur les pustules de la face. Il croit que les corps gras agissent sur ces pustules, en les soustrayant au contact de l'air et à l'action que l'oxygène de celui-ci exerce sur leur développement inflammatoire. Mais, à ses yeux, empêcher cette action de l'air n'est pas suffisant: il est un autre agent physique

auquel il convient également de soustraire les pustules, à savoir : la lumière solaire. Il base cette manière de voir, d'une part, sur l'influence qu'exerce cette lumière sur le développement et la vigueur des plantes et des animaux, et, d'autre part, sur ce fait que les parties du corps autres que la face, lesquelles sont très-rarement marquées de cicatrices varioliques, sont, dans le lit où est couché le malade, soustraites non-seulement au contact de l'air, mais encore à celui de la lumière.

M. Black a donc soin, en même temps qu'il fait oindre fréquemment la face avec de l'axonge fraîche, de tenir ses malades dans une chambre dont les volets restent fermés soigneusement, depuis le commencement de l'éruption jusqu'à la dessiccation confirmée, en pourvoyant, d'ailleurs, par d'autres voies, au renouvellement de l'air. Il rapporte, à l'appui de sa théorie, six cas de variole confluente à la face, chez des sujets non vaccinés, dont cinq, auxquels l'exclusion de la lumière solaire avait été rigoureusement appliquée, ont guéri sans cicatrices, tandis que le sixième, pour lequel cette exclusion avait été moins rigoureuse, est resté marqué des stigmates de la maladie. Un point important que signale l'auteur, et qui mérite l'attention, de quelque façon qu'on veuille l'interpréter, c'est l'absence de fièvre secondaire chez les divers malades.

Comme on le voit, la question est complexe, puisque M. Black a recours à deux moyens à la fois, la soustraction à l'action de l'air, la soustraction à la lumière, et il est difficile de faire la part qui revient à chacun. Nous ne nous chargeons pas de résoudre cette difficulté, nous bornant à mentionner les résultats annoncés et les moyens auxquels ces résultats sont attribués par notre confrère. (*Lancet*, 29 juin 1867.)

Fracture du maxillaire inférieur ; hémorrhagie abondante arrêtée par la compression digitale de la carotide primitive. Un homme, âgé de vingt-six ans, reçoit, dans une rixe, un coup de poing qui lui fracture le maxillaire inférieur, au niveau de son angle gauche. Le lendemain, 11 septembre, il vient se présenter à London hospital, s'inquiétant surtout d'une stomatorrhagie abondante qu'il n'a pu parvenir à arrêter, et contre laquelle échouent également les divers moyens mis en œuvre par le chirurgien interne de l'hôpital. Le chef de service, M. Maunder, à son arrivée, voyant la perte de sang continuer, fait transporter le patient à l'amphithéâtre, dans la prévision qu'il pourra devenir nécessaire de recourir à quelque mesure sérieuse, pour mettre fin à un accident que sa persistance commence à rendre inquiétant ; et là, un examen attentif fait reconnaître que le sang s'échappe par une déchirure de la gencive, située en arrière de la dernière molaire. Va-t-il falloir pratiquer la ligature de la carotide, ainsi que le craint M. Maunder ? Mais on ne se décide pas à une opération aussi grave avant d'avoir tenté tous les moyens, et il en est un qui n'a pas encore été essayé : c'est la compression de l'artère. Grâce à cette compression, faite, sous la direction de l'habile chirurgien, par des aides qui se relayent, l'hémorrhagie est enfin arrêtée au bout de deux heures et demie. (*Lancet*, 12 oct. 1867.)

Réunion d'une portion de doigt complétement séparée. Le 16 novembre dernier, un jeune homme de dix-neuf ans, en travaillant de son métier de coupeur dans un atelier de chemiserie, se fit, avec un outil tranchant, une blessure qui lui enleva complétement l'extrémité du médius de la main gauche, dans une étendue d'un demi-pouce de longueur, comprenant la pulpe et une partie de l'ongle. La plaie avait une direction oblique. M. Walter Bernard, qui le vit dix minutes après l'accident, le trouva abattu, pâle et frissonnant. La portion retranchée fut retrouvée à terre, souillée de sang et de poussière. Après l'avoir bien nettoyée, le chirurgien la remit en place, en ayant soin d'adapter exactement les surfaces, et les maintenant à l'aide de bandelettes agglutinatives : puis, de peur de déplacement, il fixa la main sur le devant de la poitrine. Peu de jours après, la réunion était assurée, une partie ayant repris par première intention, et le reste, au voisinage de l'ongle, par le développement de bourgeons charnus. C'est là un nouvel exemple à ajouter à ceux qui témoignent combien il importe de tenter la réunion dans les cas de ce genre. (*Med. Press and circular*, 4 déc. 1867.)

Traitement de l'ongle incarné. Dans le traitement de l'ongle

incarné, dès que le bord de cet appendice est suffisamment caché au milieu des parties molles, et que le sujet se plaint de douleurs vives dans la station debout et pendant la marche, à plus forte raison si les tissus sont déjà ulcérés, M Fano procède immédiatement à l'arrachement de l'ongle. Cette opération n'occasionne aucune douleur vive, si on a soin de soumettre au préalable le gros orteil à l'action d'un mélange réfrigérant dont l'application est continuée jusqu'à ce que le sujet ne sente plus une épingle qu'on enfonce dans les tissus. Pour assurer l'anesthésie, il faut avoir deux petites vessies remplies d'un mélange réfrigérant : l'une d'elles est appliquée sur la face dorsale, l'autre sur la face plantaire de l'orteil. On glisse, à plat, l'une des lames de ciseaux entre l'ongle et le derme sous-unguéal, et l'on en fait pénétrer la pointe jusqu'à la partie la plus reculée. Tournant alors la lame sur elle-même, de façon que le tranchant regarde en haut, on rapproche d'elle la seconde lame, et on fend l'ongle dans toute la partie moyenne. On saisit l'une des moitiés avec les mors d'une bonne pince à artères, et, après lui avoir imprimé un mouvement de rotation sur elle-même, on l'attire fortement à soi, de manière à la détacher complétement. On en fait autant pour l'autre moitié. Si quelque portion d'ongle était restée adhérente dans le sillon postérieur de la matrice, on l'arracherait après coup. Le derme sous-unguéal mis à nu fournit généralement un suintement sanguin assez abondant, qui augmente encore lorsque la chaleur normale revient dans les parties anesthésiées par le mélange réfrigérant. On couvre la surface sanglante de charpie sèche, qu'on soutient par quelques compresses étroites, et par une bande roulée de dimension semblable.

Au bout de trois ou quatre jours, on enlève l'appareil, après l'avoir suffisamment imbibé par l'immersion du pied dans l'eau tiède. Reste alors à surveiller et à diriger la poussée du nouvel ongle, à empêcher celui-ci de s'enfoncer dans le sillon recouvert du bourrelet cutané externe. Pour arriver à ce résultat, le meilleur moyen est la compression méthodique exercée avec des bandelettes étroites de sparadrap de diachylon gommé que l'on conduit autour de la seconde phalange de l'orteil de façon à couvrir toute la surface sous-unguéale. Les bandelettes sont recouvertes d'un plumasseau de charpie qu'on renouvelle journellement, pendant que les bandelettes elles-mêmes sont changées tous les trois jours. Cet appareil compressif a un double effet : en refoulant le repli cutané contre la portion subjacente de la matrice de l'ongle, il retarde, dans la partie correspondante, la reproduction de la substance cornée, ainsi qu'on peut s'en assurer en examinant la face dorsale de la phalange au bout de trois semaines à un mois. Il agit aussi sur le repli lui-même, qui est porté en dehors et en bas, en même temps qu'il s'atrophie, ainsi que cela arrive pour toute portion du corps soumise à une compression continue.

Nous avons supposé jusqu'ici, ajoute M. Fano, qu'il s'agit d'un ongle incarné à un degré peu avancé. Lorsque le bourrelet est plus saillant et plus épais, la compression consécutive à l'arrachement de l'ongle est insuffisante, et il est nécessaire, après cet arrachement, d'exciser le repli cutané d'un coup de ciseaux, de façon à mettre la surface sanglante de niveau avec le reste du derme sous-unguéal. Le pansement ultérieur est le même. Si le bourrelet est ulcéré, recouvert de bourgeons charnus fongueux, l'excision en est encore nécessaire, bien plus expéditive et certaine dans les résultats que les cautérisations répétées.

Dans tous les cas, le pansement consécutif, tel que nous l'avons indiqué précédemment, doit être continué pendant plusieurs semaines. C'est pour ne pas observer rigoureusement cette recommandation qu'on a parfois des récidives. (*France médicale.*)

Anévrysme poplité guéri par la compression de l'artère fémorale. M. Houel a communiqué à la Société de chirurgie une observation relative à un cas d'anévrysme de l'artère poplitée guéri par la compression digitale. Il s'agit d'un individu, Sicilien d'origine, âgé de quarante ans, entré au mois d'octobre dernier à l'hôpital des Cliniques. Seize mois auparavant, cet homme avait senti une douleur dans le creux poplité, puis une tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur, à la suite de *poussées* successives, avait pris le volume du poing, enfin celui d'une tête d'enfant. La tumeur avait fini par remplir tout le creux poplité, rendre impossible la flexion de la jambe sur la

cuisse, et, par conséquent, empêcher la marche.

Le malade, après avoir cherché, dit-il, vainement en Sicile et, chose plus extraordinaire encore, dans toutes les capitales du royaume d'Italie, même à Rome, un chirurgien qui consentît à l'opérer, se décida à passer la frontière et à venir en France où un médecin lui conseilla de se rendre à Paris. Entré, le 12 octobre, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Jarjavay, remplacé alors par M. Houel, le malade présentait l'état suivant : le creux poplité était rempli et distendu par une tumeur d'un volume énorme, dans laquelle il était facile de constater l'existence du mouvement d'expansion et du bruit de souffle caractéristiques des tumeurs anévrysmales. La peau de la région était fortement tendue.

M. Houel tint pendant quelques jours le malade en observation. Le 20 octobre, il fut appelé auprès du malade qui venait d'éprouver une douleur des plus vives. M. Houel constata que la tumeur avait sensiblement augmenté de volume, que le mouvement d'expansion et le bruit de souffle étaient encore plus caractérisés, qu'il se faisait à la périphérie de la tumeur, entre elle et la peau, une circulation évidente. La peau extrêmement tendue, sphacélée en plusieurs points, menaçait de se rompre.

En présence d'un état aussi grave et qui, d'un moment à l'autre, devenait de plus en plus inquiétant, M. Houel se résolut à pratiquer la compression digitale de l'artère fémorale. A cet effet, dès le lendemain 21 octobre, il réunissait dix-sept élèves chargés de la pratiquer et de se relayer dans cette longue besogne. La compression fut commencée à dix heures du matin. Au bout de six heures, les mouvements d'expansion et les battements avaient notablement diminué; au bout de dix à douze heures, ils cessaient complétement. La tumeur était devenue dure et froide. On continua la compression jusqu'à dix heures du soir.

Le 23 octobre, les battements ayant reparu, on reprend la compression à l'aide du compresseur mécanique de M. le professeur Broca ; elle est pratiquée pendant dix heures consécutives sans aucun résultat.

Le 24, M. le professeur Vanzetti, de Padoue, se trouvant à ce moment à Paris, est invité par M. Houel à venir voir le malade. M. Vanzetti conseille une nouvelle compression digitale, à laquelle il préside lui-même. Au bout de deux heures, les battements avaient complétement cessé ; la compression est prolongée encore pendant deux heures.

Le 25, les battements reparaissent de nouveau : la compression digitale est pratiquée pendant deux heures, de dix heures du soir à minuit; les battements cessent.

Enfin, le 27, les battements se reproduisent pour la troisième fois, mais ils sont très-peu marqués ; la compression digitale est faite pendant une heure seulement, jusqu'à la cessation complète des battements. A dater de ce jour, ces derniers n'ont plus reparu.

A cette époque, M. le professeur Jarjavay, ayant repris le service, constata les faits suivants : Deux eschares de la peau, larges de 2 à 3 centimètres environ, se sont détachées et ont mis à nu la poche remplie de caillots. Un premier caillot périphérique, de couleur rouge, a été éliminé par les lavages répétés ; au-dessous, un second caillot fibrineux, de couleur jaunâtre, d'aspect feuilleté, s'est ramolli, gangréné, et a été expulsé moitié par les tractions, moitié par les lavages. Les caillots qui fermaient la communication de l'artère avec la poche anévrysmale ont tenu bon, de sorte qu'il n'y a pas eu d'hémorrhagie à la suite de l'ouverture de la poche. La plaie s'est peu à peu rétrécie, et a fini par se cicatriser complétement; si bien que, au 1er janvier, le malade est reparti pour la Sicile dans un état de guérison à peu près complet. Il ne lui restait qu'une paralysie du nerf poplité, déterminée sans doute par la compression et, probablement, par la destruction de ce nerf. (*Société de chirurgie* et *Union médicale.*)

Observations de kystes de l'ovaire dans lesquels les injections de teinture d'iode ont été suivies d'accidents. Il s'agit de deux cas qui présentent un intérêt tout particulier et jettent un jour nouveau sur l'effet de la teinture d'iode dans les kystes de l'ovaire.

La première observation est celle d'une jeune fille de vingt-cinq ans, à laquelle on injecta 5 onces de teinture d'iode et d'eau, mélangés par parties égales, plus une faible quantité d'iodure de potassium. Peu de temps après, on remarqua chez cette malade un engourdissement et un refroidissement général, en même temps de la faiblesse du pouls. Evidemment, ces accidents

étaient consécutifs à l'absorption de la teinture d'iode; ils furent accompagnés d'une diminution notable dans la sécrétion urinaire, et d'un exanthème consistant en taches rouges sur le voile du palais et en pustules d'acné sur le visage. Bientôt heureusement la plus grande partie de l'iode injecté put s'échapper par l'ouverture béante de la plaie, et les symptômes s'amendèrent.

Dans la deuxième observation, il est question d'une jeune fille de seize ans et demi, d'une constitution d'élite. On lui injecta la même quantité d'iode que précédemment; l'opération fut douloureuse, au point d'arracher des cris à la malade et de provoquer une syncope. La totalité du liquide injecté resta de trente-huit à quarante-huit minutes dans la poche. Au bout de ce temps, la moitié environ de l'injection s'écoula au dehors.

La malade fut tourmentée, pendant plusieurs heures, par une soif inextinguible. Ayant avalé une grande quantité d'eau, elle fut prise tout à coup de vomissements très-douloureux. Les extrémités devinrent froides, les joues violacées, le pouls fréquent et filiforme. Aux vomissements d'eau succéda le rejet de matières verdâtres. En même temps, insensibilité de la peau, soif très-vive, suspension de la miction.

La nuit suivante, la malade fut prise de nouveaux vomissements. Ceux-ci persistèrent pendant neuf jours à un degré moindre, mais accompagnés d'une soif très-vive. Le pouls carotidien est intermittent et à 120. On est obligé d'avoir recours au cathétérisme; mais la quantité d'urine contenue dans la vessie est faible.

Le troisième jour, une fièvre intense se manifeste, les vomissements continuent; la bouche est sèche et la soif toujours vive.

Le quatrième jour, apparition de la menstruation plus tôt que d'ordinaire, et éruption exanthémateuse sur le cou et la poitrine.

Le cinquième jour, le voile du palais a pris une coloration sombre.

Le sixième jour, l'administration d'un lavement provoque cinq fois des selles très-claires. L'exanthème prend des proportions et s'étend jusqu'au genou.

Le septième jour, la malade se plaint d'avoir la respiration difficile et est très-agitée.

Le huitième jour, sommeil profond; l'urine, qui le matin était trouble, devient tout à coup très-claire.

Le neuvième jour, les vomissements et les selles se suspendent; la malade est moins assoupie; mais la région parotidienne est volumineuse. Les fosses nasales et la bouche sont très-sèches; la sécrétion salivaire considérablement diminuée. Dans l'après-midi, la malade vomit trois fois et est prise derechef d'une diarrhée très-violente.

Le dixième jour, elle s'éteignit à l'improviste sans que l'on ait observé de convulsions ni de coloration bleuâtre du visage.

L'autopsie, faite le lendemain dans la soirée, ne présenta rien de particulier. On ne trouva trace d'iode ni dans le kyste, ni dans le sérum du sang, ni dans la bile filtrée et examinée avec soin. (*Archives de Virchow* et *Union médicale*.)

De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement du choléra. Nous avons sous les yeux une brochure de M. Le Morvan, médecin à Paimpol (Côtes-du-Nord), qui se trouvant en présence d'une terrible épidémie de choléra, a obtenu de grands succès de l'emploi du sulfate de quinine dans le choléra. Partant de ce principe juste, suivant nous, mais non absolu, que la cholérine (diarrhée cholériforme), précède le choléra, il prescrivait le sulfate de quinine, à la dose de 1gr,50 à 2 grammes, toujours en solution dans une forte infusion de café prise en trois ou quatre fois, à trois heures de distance. Dans les cas de choléra subit, il débutait par un vomitif et prescrivait le sulfate de quinine de la façon suivante : deux grammes de ce sel étaient dissous dans huit cuillerées d'eau, au moyen de huit ou neuf gouttes d'acide sulfurique, et l'on y ajoutait autant de cuillerées d'infusion forte de café. Cette solution était donnée par cuillerée aussi promptement que le permettaient les vomissements. Il résulte des observations de notre confrère, que plus la maladie est prise au début, plus ce traitement est efficace ; on le comprend facilement, car un des effets les plus fâcheux du poison cholérique, est de supprimer l'absorption. Quand les vomissements sont incoercibles, on a toujours, comme dernière ressource, les injections hypodermiques de sulfate de quinine, sur lesquelles nous avons attiré l'attention, à plusieurs reprises, dans ce recueil.

Le mémoire de M. Le Morvan contient un grand nombre de faits intéressants et prouve une fois de plus la

tranmission du choléra par les individus, et la contagion de cette maladie montre aussi qu'avec des soins et du dévouement, si on est secondé par une administration intelligente, on peut empêcher le développement de ces épidémies.

Nous ne donnerons pas notre avis sur l'avant-propos qui précède ce travail; nous le trouvons mal placé comme introduction d'une œuvre purement scientifique. M. Le Morvan a fait noblement son devoir pendant une campagne meurtrière et a su rendre de grands services à une nombreuse population; il peut, si tout le monde ne lui a pas rendu justice, se consoler avec la douce satisfaction du devoir accompli.

Association de la digitale à l'opium contre l'excitation dans diverses formes d'aliénation mentale. Dans le traitement de l'aliénation mentale, c'est le plus souvent dans la classe des stupéfiants que le médecin vient choisir le médicament qu'il se propose d'administrer, parce que c'est dans cette classe qu'il trouve les agents les plus propres à calmer l'excitation morbide, si fréquente chez les aliénés, et, parmi eux, l'opium principalement, l'une des substances les plus indispensables dans l'art de guérir. Mais pour l'opium, de même et plus peut-être que pour la plupart des autres médicaments, l'on n'atteint le but thérapeutique que l'on recherche, qu'à certaines conditions de préparation et de dose.

Au point de vue de la préparation, MM. Dumesnil et Lailler, l'un médecin directeur, l'autre pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares, préfèrent l'extrait gommeux aux alcaloïdes de l'opium; ils lui trouvent une action plus certaine que celle de la morphine, de la narcotine, de la codéine, etc., qui diffèrent entre elles sous le rapport des propriétés physiologiques, et conséquemment sous celui des propriétés thérapeutiques.

Quant à la dose, ils emploient, suivant les cas, soit 25 milligrammes, soit 5 centigrammes de cet extrait, pour combattre l'excitation et l'insomnie chez les aliénés. Mais quand le médicament produit un bon effet, cet effet ne se maintient, comme on sait, qu'à la condition d'être administré par quantités de plus en plus élevées; or, en agissant ainsi, il y a lieu de redouter les effets congestifs de l'opium, surtout chez les paralytiques. Pour obvier à cette difficulté, MM. Dumesnil et Lailler ont cherché à associer à l'opium une autre substance qui fût apte, par ses propriétés intrinsèques, et à exercer une influence corrective sur ces effets, et à ajouter à l'action sédative. Ils ont fait choix, dans ce but, de la teinture de digitale, qui, d'ailleurs, a déjà été employée seule pour combattre les accidents maniaques.

Pour simplifier la prescription, ils ont adopté les deux formules suivantes :

1° Extrait gommeux d'opium.......	0,025 millig.
Teinture de digitale...........	0,50 centigr.
Sirop de sucre..	30 grammes.
Eau distillée....	150 —
2° Extrait gommeux d'opium	0,05 centigr.
Teinture de digitale...........	1 gramme.
Sirop de sucre..	30 grammes.
Eau distillée....	150 —

L'une ou l'autre de ces potions est prise en deux fois : moitié le matin à jeun, moitié le soir avant le coucher. La première est administrée aux malades dont l'excitation est récente et médiocrement intense; la seconde est réservée pour ceux dont l'excitation est plus vive ou date de plus longtemps. Sans avoir, disent les auteurs, plus que les autres médicaments, aucun caractère d'infaillibilité, elles ont, dans le plus grand nombre des cas, répondu à leur attente. Les malades en éprouvent un calme qui n'entraîne nullement ni cet état de langueur et d'abattement que produit l'opium à haute dose, ni la constipation. Parfois, il survient un peu d'état saburral, mais qui disparaît quand on suspend l'usage de la potion pendant quelques jours.

En résumé, MM. Dumesnil et Lailler pensent que l'association des deux médicaments en question, dans la plupart des cas d'excitation chez les insensés, procure des résultats très-avantageux et presque constants, résultats qu'ils déclarent avoir rarement obtenus de la digitale, de l'opium ou du bromure de potassium employés séparément. Cette association permet, en outre, d'après leurs observations, de continuer quelque temps encore, sans aucun danger, l'emploi des deux agents, alors que les phénomènes d'excitation ont fait place au calme et à la docilité. Le plus sou-

vent, ils commencent par la formule nº 1, et la continuent quatre ou cinq jours ; puis, si besoin est, ils passent à la formule nº 2, pour revenir, si l'effet désiré est obtenu, à la formule nº 1, qu'ils ne tardent pas à supprimer. On a constaté, en effet, avec raison, que l'économie se blase, pour ainsi dire, sinon sur l'effet toxique, du moins sur l'action thérapeutique de la digitale, et qu'il y a avantage à ne pas trop en prolonger l'administration après la cessation des symptômes d'acuïté, si l'on veut pouvoir compter encore sur son efficacité, en cas que de nouveaux troubles maniaques viennent à se reproduire, comme il arrive souvent, dans les affections qui suivent une marche à peu près fatale, telles que la paralysie générale, la démence avec exacerbations périodiques, etc. (*Ann. médico-psychol.*, janv. 1868.)

Accidents graves à la suite d'une injection sous-cutanée. Chez une femme, âgée de trente-cinq ans, bien portante d'ailleurs, mais qu'une névralgie intense du côté gauche de la tête, de la face et du cou, paraissant dépendre de la carie d'une dent, privait de sommeil depuis soixante-douze heures, M. Woodhouse Braine fait, dans la nuit du 28 juin dernier, une injection sous-cutanée d'un tiers de grain de morphine, au bras gauche, vers l'insertion du deltoïde. Il ne paraît pas de sang par la piqûre. A peine quinze secondes se sont-elles écoulées, que la malade se plaint de resserrement de la poitrine et de difficulté à respirer, et demande qu'on la soulève, disant qu'elle se sent mourir. La face et les lèvres pâlissent, la parole devient indistincte, le pouls irrégulier; des contractions spasmodiques agitent les muscles de la face, puis la patiente retombe dans le décubitus dorsal, avec toutes les apparences de la mort. Immédiatement, on asperge d'eau froide la face et la poitrine, on frotte la langue avec du sel volatil, on place de l'ammoniaque sous les narines, et en même temps on fait la respiration artificielle. Pendant ce temps, la face avait encore pâli davantage, et le pouls était devenu imperceptible, ainsi que la respiration; l'insensibilité était complète. Cet état se prolongea environ trois minutes; alors, heureusement, un ou deux faibles battements du pouls, une ou deux faibles inspirations, vinrent annoncer le retour à la vie, et la malade reprit sa connaissance : pouls faible, mais régulier; respiration lente, extrémités froides, pouces fléchis dans la paume des mains. Au bout de cinq ou six minutes, tout motif d'inquiétude avait disparu; la malade était seulement dans un état de malaise très-grand; mais la douleur névralgique avait cessé. Il n'y eut, à aucun moment, ni vomissements ni nausées. (*Med. Times and Gaz.*, 4 janv. 1868.)

Traitement des mangeurs d'opium. Renouvelant le conseil donné par Christison dès 1850, M. Fleming veut qu'on supprime l'opium non pas graduellement, mais tout à coup; la privation subite et totale étant beaucoup moins pénible à supporter, surtout quand on y aide par quelques remèdes appropriés.

Ces remèdes sont l'acide phosphorique et la lupuline, qu'on administre ainsi :

Acide phosphorique dilué 40 grammes.
Aj. Teinture de lupuline 120 —

A prendre de ce mélange 8 grammes toutes les quatre heures, une heure avant le repas, dans un grand verre d'eau. C'est la meilleure préparation pour soutenir les forces du patient et pour abréger les souffrances qui résultent du changement de ses habitudes.

Si la faiblesse devient très-prononcée, M. Fleming ordonne le mélange suivant :

Eau de sureau....... 120 grammes.
Teinture de chanvre indien,....... de 30 à 50 gouttes.
Ether.............. 4 grammes.

Quant au régime, il faut d'abord donner du lait et du bouillon ; puis, à mesure que l'appétit revient, du poulet, une côtelette. Le vin et les alcooliques ne doivent être permis qu'avec beaucoup de réserve : ils retardent le retour de l'appétit naturel.

Des lotions sur la peau avec de l'eau additionnée d'acide chlorhydrique ; l'exercice, l'air pur, une alimentation abondante et réparatrice, l'usage des préparations de fer et de quina abrègent la convalescence et consolident la guérison. (*The British medical Journal*, 15 février.)

VARIÉTÉS.

La Société protectrice de l'Enfance met au concours la question suivante : *De l'éducation physique et morale de l'enfant, depuis la naissance jusqu'à l'achèvement de la première dentition.*

En circonscrivant la question de l'éducation à la première période de l'enfance, la Société désire que les concurrents donnent à leur travail une étendue limitée, et s'appliquent à en mettre la forme et le style à la portée des gens du monde. Pour éviter un double emploi avec la question du concours précédent, il conviendra de ne traiter de l'allaitement maternel qu'en ce qui concerne l'enfant. Quoique l'éducation morale ait encore peu d'importance dans les deux premières années de la vie, la Société croit devoir signaler, entre autres points de vue relatifs au développement des sens, des penchants affectifs et de l'entendement, l'étude comparative des avantages et inconvénients de l'isolement dans la famille et de ceux de la vie collective dans les crèches et maisons de sevrage.

Les mémoires, *écrits en français*, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1868, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Alex. Mayer, rue Béranger, 17.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs.

Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents accompagneront leur envoi d'un pli *cacheté*, contenant leur nom et leur adresse, avec une devise qui sera répétée en tête de leur travail.

Le prix, qui est de 500 francs, sera décerné dans la séance générale annuelle de 1869.

Publication d'un Annuaire de l'internat. — Au dernier banquet des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, sur la proposition du président, il a été décidé qu'une commission serait chargée de la publication d'un *Annuaire de l'internat.*

Ont été nommés membres de cette commission : MM. Denonvilliers, président; Horteloup père, Axenfeld, Martineau, Damaschino, Bouchard, Meuriot, Hénoque, Carville, Lafout, Richelot (Gustave).

Les membres de la commission, afin d'accélérer et d'assurer la bonne exécution de cette publication, prient leurs anciens collègues, habitant la France ou l'étranger, d'avoir l'obligeance de faire parvenir dans le plus bref délai, à M. le docteur L. Martineau, 14, rue de Beaune, à Paris, les renseignements suivants :

1° Leurs nom et prénoms ;
2° La date de leur promotion;
3° La désignation de leur résidence.

Un concours pour deux places de chirurgiens au Bureau central sera ouvert le mercredi 1er avril 1868.

M. le docteur Dudon, par suite d'un concours, vient d'être nommé chef interne de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Sentex, démissionnaire.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Rapport adressé à la Société médico-chirurgicale de Londres par le Comité chargé d'étudier les effets de la méthode hypodermique (¹).

Les conclusions auxquelles le Comité été conduit sur ce sujet ont été tirées de trois sources d'informations :

1° D'expériences originales sur l'homme et les animaux, tant dans l'état de santé que de maladie ;

2° Des témoignages fournis au comité par des médecins d'une expérience reconnue ;

3° Des faits ou d'autres communications par lesquels on a répondu à une série de questions insérées dans la presse médicale.

Le Comité s'empresse d'adresser ses remercîments aux personnes qui lui ont fourni ces documents, et aux éditeurs des journaux *The Lancet*, du *Medical Times and Gazette* et du *British medical Journal*, qui ont bien voulu lui prêter le secours de leur publicité. Il regrette que le docteur Alexander Wood, qui a été le premier à inaugurer la méthode sous-cutanée, ait été dans l'impossibilité de répondre à son appel.

Le but que s'est proposé le comité ayant été d'étudier à la fois les effets physiologiques et thérapeutiques de ces injections, il a dû introduire cette double division dans son travail et commencer par l'étude des effets physiologiques. Il doit faire remarquer, pour donner une idée des difficultés qu'il a rencontrées dès le début de ses travaux, que, bien qu'on puisse appliquer à l'homme certaines notions acquises par l'étude expérimentale de quelques médicaments sur les animaux, il en est cependant (tels sont les narcotiques) à propos desquels ces déductions seraient hasardées. Il a aussi essayé des médicaments dont les effets locaux n'avaient pas encore été étudiés, parce que jusqu'ici ils n'avaient pas été employés en injections.

Les expériences ont eu pour but de comparer la valeur de ce mode d'administration des médicaments avec leur emploi ordinaire par la bouche ou le rectum. La comparaison a porté spécialement

(¹) Nous avons, dans notre numéro du 15 février, donné une analyse de ce rapport ; son importance nous engage à le reproduire tout entier. Nos lecteurs nous sauront gré de leur apprendre que cette traduction est due à notre distingué collaborateur, le professeur Fonssagrives.

sur la rapidité relative de l'absorption, l'intensité des effets et leur durée.

On a choisi des substances actives sous un petit volume, et elles ont été employées en général sous la forme de solutions limpides.

Les alcaloïdes suivants ont été particulièrement étudiés par les sous-comités : aconitine, atropine, morphine, strychnine, quinine.

On a aussi expérimenté les substances suivantes : fève de Calabar, conicine, acide hydrocyanique, iodure de potassium, podophylline [1], colocynthine, aloës, solution d'opium de Battley.

On a mis la plus grande attention à n'expérimenter qu'avec des substances pures. MM. Morson, de Southampton Row, ont fourni les solutions des différents alcaloïdes. L'extrait de fève de Calabar a été pris chez Bell et Ce; la solution de podophylline, colocynthin e et d'aloës, chez Hanbury, de Ploughcourt. Enfin le comité doit remercier M. Cornélius Hanbury de la bonne grâce et de la libéralité avec laquelle il a préparé ces solutions.

Le procédé d'injection suivi dans ces expériences a consisté à saisir un pli de la peau entre les doigts, et à introduire la solution dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il a été le même pour toutes les expériences.

Les formes les plus usuelles de seringues pour les injections sous-cutanées sont : la seringue simple à piston, de MM. Coxeter, la seringue à vis, de MM. Whicker et Blaize, et une seringue plus compliquée, imaginée par MM. Weiss.

La simple seringue à piston consiste en un tube de verre gradué, garni à un bout d'une armature d'argent que termine une aiguille creuse, et à l'autre extrémité d'un petit piston. Cette seringue a l'avantage de fonctionner rapidement, et on a pu juger de son utilité.

Dans la seringue à vis, le piston a des dimensions égales à celles du tube gradué dans lequel il joue; la vis est réglée de telle façon que deux tours ou quatre demi-tours chassent un minim [2] par la canule. A l'aide de cet instrument, on mesure exactement la dose, et l'opération ne se fait pas avec trop de rapidité.

Dans la seringue de MM. Weiss, l'extrémité du piston est munie de deux disques de caoutchouc entre lesquels est interposée une petite quantité d'huile. La face inférieure de l'un des disques et la

---

(1) La podophylline est une plante américaine de la famille des berbéridées, qui jouit de propriétés purgatives et peut-être emménagogues (Voir *Bull. de Thérap.*, t. LXVII, 1864, p. 172, et LXXI, p. 232). (*Note du trad.*)

(2) Le *minim* = 0gr,05.

face supérieure de l'autre sont garnies d'une plaque de métal, et le disque inférieur peut exercer un léger mouvement le long du piston. De cette façon, le piston fonctionne avec facilité.

Pour les usages habituels, et quand il s'agit d'injecter des liquides en petite quantité, la seringue à vis est la plus commode.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES.

Avant d'employer des médicaments solubles dans l'eau, il fallait s'assurer au préalable, par des expériences, que de l'eau peut être injectée dans le tissu cellulaire sans y produire d'inflammation.

Dans une première expérience, une demi-once d'eau distillée a été injectée à l'avant-bras, près du coude; une douleur passagère, due à la distension de la peau, a été le seul symptôme observé en deux heures; la totalité du liquide avait été absorbée sans laisser de traces, et il sembla qu'une beaucoup plus grande quantité d'eau aurait pu être injectée sans inconvénients dans cette région. Mais une seconde expérience montra qu'une très-petite quantité d'eau poussée dans le tissu cellulaire de la région externe de la cuisse déterminait beaucoup de sensibilité et de rougeur. Ces symptômes n'avaient pas complétement disparu au bout de trois jours.

On peut conclure de là que la quantité de liquide qui peut être supportée par le tissu cellulaire varie suivant le degré de laxité de la peau, et que la région à choisir pour les injections est celle où les téguments sont le moins tendus et le moins épais.

Quand on s'est servi de substances exigeant l'intervention d'un acide pour devenir solubles dans l'eau, on a constaté qu'un excès d'acidité produisait beaucoup d'irritation, et on s'est attaché à le neutraliser.

Les solutions très-alcalines ont été évitées pour le même motif.

Les divers effets locaux que l'on a constatés à la suite de l'injection de certains médicaments seront indiqués chemin faisant. On ne s'est servi que de simples solutions aqueuses, les autres menstrues, tels que le chloroforme et l'alcool, ayant été laissés de côté à cause de leurs effets irritants.

On pourrait croire que, dans la pratique de l'injection, la canule pénétrant ainsi à l'aveugle dans les téguments, une veine peut quelquefois être transpercée et recevoir directement le liquide de l'injection, mais la crainte d'accidents en pareil cas peut être considérée comme chimérique.(1). En effet, malgré des expériences nombreuses

(1) Il ne faudrait pas se laisser aller à une trop grande sécurité sous ce rapport. Le *Bulletin de Thérapeutique* a emprunté récemment à la presse anglaise

auxquelles s'est livré le comité, il n'en a jamais vu de sérieux, quoique cependant, autant qu'on en pouvait juger par l'abondance de l'hémorrhagie, des veines aient dû être traversées.

Quelques précautions peuvent faire éviter les vaisseaux volumineux, et il est bon de les prendre, car l'injection dans une veine de gros calibre ne serait pas sans danger.

Des expériences ont été faites dans le but de comparer l'activité de l'absorption par la peau et par les veines. Voilà, en résumé, ce qui a été observé : L'injection d'un grain d'acétate de morphine dans la veine fémorale d'un lapin a produit presque instantanément un narcotisme profond. Des symptômes de même nature, mais moins intenses, ne se sont produits chez un autre lapin que huit minutes après l'injection sous-cutanée de la même dose de morphine.

Il est bon de faire remarquer que, dans la première expérience, on dut mettre une grande attention à ne pas perforer complétement la veine, de telle sorte que le liquide ne s'épanchât pas dans le tissu cellulaire. Lorsqu'on voulut répéter la même expérience, elle manqua complétement, parce que les deux parois de la veine avaient été traversées. Il faut donc considérer comme peu probable le passage accidentel de l'injection dans une veine.

La douleur de la ponction est généralement minime, à la condition que l'aiguille traverse rapidement et perpendiculairement. La douleur est d'autant moindre que la peau présente moins de résistance.

Le bras, dans le voisinage du coude, est la région la plus commode pour l'injection.

Aconitine. — Le prix élevé de cette substance explique la difficulté de s'en procurer des échantillons tout à fait purs. La solution dont s'est servi le comité avait été préparée par MM. Morson. Deux drachmes (7 grammes) de cette solution contenaient un grain (0gr,06) d'alcaloïde [1].

Les effets produits par l'aconitine sur des lapins varient très-peu, que le médicament soit donné par la bouche ou introduit dans le rectum ou sous la peau.

Quand l'aconitine est administrée par la bouche, l'animal, mâchant immédiatement, se frotte le museau avec les pattes et évite la

---

un fait dans lequel des accidents formidables sont survenus à la suite d'une injection. J'ai pu les attribuer à l'introduction de l'instrument dans une veine et au passage dans la circulation des quelques bulles d'air que contient la canule au moment de l'injection. (*Note du trad.*)

[1] Le grain anglais vaut 0gr,064.

lumière ; au bout de peu de temps, les glandes salivaires se prennent, et il se produit une véritable sialorrhée ; après quelques efforts énergiques pour vomir, il se manifeste un état convulsif siégeant principalement dans le train de derrière ; l'animal fait rapidement le tour de la chambre, et est pris de convulsions qui se terminent par la mort.

Des symptômes de même nature suivent l'introduction de cette substance dans le rectum ou sous la peau ; il n'y a d'autres différences que dans les effets locaux : par la bouche, elle produit de la salivation ; par le rectum, de la diarrhée ; par l'injection hypodermique, de l'irritation du tissu cellulaire.

Le tableau suivant indique les résultats des expériences faites avec l'aconitine sur le lapin.

Dose en grains. (1 grain = 0,06.)	Premiers effets.	Résultats.	Durée.
—	—	—	—
	PAR LA PEAU.		
1/480e	Immédiats.	Guérison.	5 heures.
1/480e	Id.	Id.	5 heures.
1/320e	Id.	Id.	5 heures.
1/300e	Id.	Mort.	4 h. 30 m.
1/240e	20 minutes.	Id.	2 heures.
1/240e	Immédiats.	Id.	25 minutes.
1/200e	11 minutes.	Id.	53 minutes.
	PAR LE RECTUM.		
1/240e	Pas d'effets.	Pas d'effets.	53 minutes.
1/160e	Id.	Id.	—
1/90e	12 minutes.	Guérison.	1 h. 30 m.
1/60e	Immédiats.	Id.	—
1/50e	Id.	Mort.	2 heures.
	PAR LA BOUCHE.		
1/120e	Immédiats.	Guérison.	2 heures.
1/60e	Id.	Mort.	1 h. 30 m.

En expérimentant divers autres échantillons d'aconitine fournis par MM. Morson, ils ont paru beaucoup moins actifs, et on a remarqué que cet alcaloïde perdait de son activité au fur et à mesure qu'on s'éloignait davantage du moment de sa préparation. Cet affaiblissement a du reste des limites, puisque, huit mois après ces derniers essais, l'aconitine semblait ne plus avoir diminué d'énergie.

Les résultats obtenus par l'injection hypodermique ont été les suivants :

Poids des lapins.	Dose en grains.	Résultat.	Durée des effets.
—	—	—	—
4 livres 4 onces [1].	1/240e	Mort.	30 minutes.
3 livres 1/2.	1/400e	Id.	1 h. 16 m.
4 livres.	1/450e	Guérison.	3 heures.
Même lapin que précédemment, 24 h. après.	1/450e	Mort.	5 heures.

(1) La livre anglaise = 373gr,24, et l'once = 31gr,10.

Atropine. — On a préparé une solution de cette substance à l'aide d'une petite quantité d'acide sulfurique étendu d'eau, jusqu'à ce qu'un gros de liquide contînt un grain d'atropine.

Cette substance est bien tolérée par les animaux, et on n'a obtenu aucun résultat décisif en comparant, par les trois méthodes, ses effets sur les lapins et les cochons d'Inde. Des expériences réitérées sur ces animaux ont montré qu'ils réagissaient à peu près de la même façon; l'injection d'un quart de grain était sans effets; un demi-grain n'en produisait que de médiocres; avec un grain, il y avait des accidents passagers; deux grains déterminaient la mort, mais pas d'une manière constante. Les effets observés dans les trois cas étaient de la mydriase, de l'engourdissement, de l'affaiblissement du train de derrière, une soif vive; les animaux tombaient sur le côté dans un état demi-comateux.

Chez l'homme, l'atropine agit d'une façon particulière quand elle est employée en injections hypodermiques.

Les symptômes ordinaires de l'atropine prise par la bouche sont bien connus. Ils se développent rapidement et sont caractérisés par de la sécheresse de la gorge, de la dilatation des pupilles, de la lenteur du pouls. Ces symptômes suivent également l'administration rectale de l'atropine. On observe aussi dans les deux cas une élévation de la température. En injection sous-cutanée, il produit une période d'excitation primitive qui caractérise d'une manière remarquable ce mode d'introduction.

Les symptômes qui se manifestent quand l'atropine a été injectée sont les suivants : Après l'injection, on constate un peu d'irritation de la partie sans retentissement général; la durée de cet effet local varie d'un quart d'heure à quelques heures; au bout d'un temps variable de quatre à dix minutes après l'injection, on constate une accélération notable du pouls, dont les autres caractères changent notablement. Cette modification du pouls coïncide généralement avec une sensation de malaise vers l'avant-bras. La respiration s'accélère, la chaleur s'élève, et on éprouve une sensation d'ardeur et de congestion vers la face. Les pupilles se dilatent bientôt; il y a une grande sécheresse de la bouche et de la gorge, et le malade éprouve de la dysurie; cette période d'excitation passée, la température décroît graduellement, et la rapidité du pouls et de la respiration suit la même progression. Si la dose employée est considérable, on constate une sorte particulière de délire agité.

On a observé les phénomènes suivants sur un homme de cinquante-huit ans.

Dose, 1/40e grain.	Absorption.	Effets.	Durée.
Par la bouche.	25 minutes.	Dilatation des pupilles.	1 heure.
En injections.	8 minutes.	Augmentation du pouls, de la respiration et de chaleur. Dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge.	6 h. 30 m.

Le tableau qui suit montre les effets produits chez un jeune garçon de six ans; mais il faut remarquer que l'essai par le rectum se fit le lendemain du jour où le médicament avait été pris par la bouche.

Dose, 1/180e grain.	Absorption.	Effets.	Durée.
Injections.	10 minutes.	Pouls augmenté de 24 puls. Pupilles largement dilatées.	4 h. 15 m.
Bouche.	1 h. 30 m.	Pouls augmenté de 8 pulsat. Pupilles largement dilatées.	Incertaine.
Rectum.	Incertaine.	Pupilles légèrement dilatées.	4 h. 15 m.

Les expériences suivantes portèrent sur un homme de vingt-six ans :

Dose, 1/100e grain.	Effets.	Durée.
Injections.	Température accrue de 1°,2. Pouls augmenté de 26 pulsations. Larges pupilles; battements dans la tête et sécheresse de la gorge. Respiration ralentie.	1 h. 20 m.
Bouche.	Température accrue de 1°,1.	Id.
Rectum.	Température accrue de 1°,3. Pouls augmenté de 4 pulsations.	Id.

Chez une femme de vingt-quatre ans, on a observé les effets qui suivent :

Dose, 1/160e grain.	Effets.	Durée.
Injections.	Température accrue de 1°,2. Céphalalgie et sécheresse de la gorge.	1 h. 20 m.
Bouche.	Température accrue de 6°.	Id.
Rectum.	Température accrue de 1°. Gorge sèche.	Id.

Morphine. — Ce médicament a été dissous en traitant l'acétate de morphine par la quantité d'acide acétique dilué strictement nécessaire pour le rendre soluble, et en ajoutant de l'eau chaude, jusqu'à ce qu'un gros de solution contînt 10 grains (0gr,66) d'acétate de morphine, avec la précaution de neutraliser la quantité excédante d'acide à l'aide de la liqueur de potasse, pour prévenir les accidents d'irritation locale. Ceux-ci, sauf une douleur passagère, ont été nuls. Deux échantillons de morphine, même quand ils sont pris dans le même laboratoire, peuvent exiger des doses variables d'acide pour se dissoudre; au moment où la solution vient d'être

faite, elle ressemble à du sherry pâle; avec le temps, elle brunit et redevient acide.

Les lapins supportent de telles doses de morphine qu'on ne fit qu'un petit nombre d'essais avec cette substance. Le tableau ci-après indique les résultats obtenus chez deux lapins de taille égale, et arrivés au terme de leur développement. Les symptômes observés ont varié d'intensité, mais non pas de nature, suivant la voie d'introduction.

Un des premiers effets qui suivent l'absorption est la contraction de la pupille; le pouls devient fréquent, il y a du narcotisme, et l'animal reste étendu, les pattes agitées de mouvements convulsifs.

Nous indiquons ici les diverses doses et les effets observés.

Dose en grains.	Absorption.	Symptômes.	Résultats.	Durée.
		EN INJECTIONS.		
1	8 minutes.	Coma complet et paralysie.	Guérison.	24 heures.
1	8 minutes.	Id.	Id.	2 h. 15 m.
		PAR LE RECTUM.		
1	35 minutes.	Léger assoupissement.	Id.	45 minutes.
2	6 minutes.	Id.	Id.	34 minutes.
2	4 minutes.	Id.	Id.	15 minutes.
		PAR LA BOUCHE.		
1	4 minutes.	Léger assoupissement.	Guérison.	15 minutes.
2	—	Id.	Id.	—
2	—	Id.	Id.	—
5	7 minutes.	Id.	Id.	30 minutes.
5	7 minutes.	Id.	Id.	30 minutes.

Il est bien inutile de dire que des doses beaucoup plus petites suffisent chez l'homme; il y a, en effet, des cas, heureusement assez rares, où l'injection d'un quart de grain a suffi pour déterminer des accidents. La physionomie générale de ceux-ci ne se modifie pas, que le médicament soit donné par la bouche ou le rectum ou bien qu'il soit injecté. Il y a quelques différences dans la prédominance relative de certains symptômes; mais les effets particuliers que l'on avait cru pouvoir attribuer aux injections de morphine n'existent pas; il y a plus : certaines idiosyncrasies qui se révèlent à propos de la morphine quand elle est prise par la bouche, se retrouvent aussi quand elle est injectée sous la peau.

Il est utile de rappeler comme terme de comparaison les symptômes qui se produisent quand le médicament est pris par la bouche.

Quand on l'a donné à la dose d'un sixième de grain ($0^{gr},01$), on a pu constater des nausées suivies, au bout de 25 minutes, de pesanteur sus-orbitaire et de céphalalgie; le pouls était plus lent, la bouche et la gorge sèches; le pouls se ralentissait encore; les nausées disparaissaient au bout de quelques heures; la céphalalgie était le symptôme le plus persistant.

A doses plus élevées, les pupilles se contractaient, et l'état de nausée et d'inappétence pouvait persister après que les autres symptômes avaient disparu; il y avait même quelquefois des vomissements.

On a constaté que la morphine employée en lavement ne produisait pas autant de nausées que quand elle est prise par la bouche; dans quelques cas, on constatait surtout du prurit, mais, par ailleurs, il n'y avait aucune autre différence dans les symptômes observés.

A la suite de l'injection hypodermique d'un sixième de grain de morphine (0gr,01), et après un temps variable de 4 à 10 minutes, on constatait des vertiges, de la faiblesse, puis de la céphalalgie, de l'accélération du pouls avec un peu d'élévation de la température, des bouffées de chaleur et de la rougeur à la figure.

Au bout d'environ 20 minutes, la période d'excitation cesse, le pouls se ralentit, la température baisse, les sécrétions normales diminuent, la salive est supprimée, la gorge et la bouche sont le siége d'une sensation de sécheresse et de constriction; le malade éprouve de la lassitude générale et de la somnolence; le pouls se ralentit encore et prend quelquefois de l'irrégularité; dans quelques cas, il y a des démangeaisons; dans d'autres, des sueurs profuses.

Si la dose est considérable, il peut y avoir des efforts de vomissements et même des vomissements; les nausées et la céphalalgie peuvent se prolonger.

Le tableau suivant montre le résultat de quelques expériences faites sur un homme sain de trente-deux ans. Un sixième de grain d'acétate de morphine a été employé dans chaque expérience.

Symptômes.	En injections.	Per la bouche.
Premiers signes d'absorption	5 minutes.	110 minutes.
Accélération du pouls	8 pulsat.	Nulle.
Ralentissement du pouls	12 pulsat.	10 pulsat.
Céphalalgie	36 heures.	10 heures.
Nausées	46 heures.	3 heures.
Pouls revenu à son rhythme normal	22 heures.	8 heures.
Inaptitude au travail	6 heures.	Nulle.
Durée totale des symptômes	46 heures.	11 heures.

Les symptômes objectifs produits par la morphine ne sont pas aussi remarquables que ceux de l'atropine; il est, par conséquent, difficile d'arriver pour le premier médicament à des données très-expressives.

Voici quelques-uns des résultats obtenus chez l'homme: le premier tableau concerne un homme de cinquante ans; le second, un jeune homme de vingt-huit ans.

1°	En injection.	1/4 grain.	Accélération du pouls suivie de ralentissement. Fortes démangeaisons. Sueurs profuses. Somnolence.
	Par la bouche.	1/4 grain.	Légère diminution du pouls (4 pulsations par minute).
	Par le rectum.	1/4 grain.	Diminution considérable du pouls (14 pulsations par minute).
	En injection.	1/4 grain.	Ralentissement du pouls (12 pulsations). Abaissement de température de 8° F. 8 respirations par minute. Bouffées de rougeur. Sueurs. Sécheresse de la gorge.
	Par la bouche.	1/3 grain.	Pas d'effets.
	—	1/2 grain.	Pouls ralenti de 4 pulsations. Diminution de température de 1°. Légère somnolence.
	Par le rectum.	1/4 grain.	Pouls ralenti de 7 pulsations. Démangeaisons.

	Dose, 1/3 grain.	Absorption.	Symptômes.	Durée.
2°	Par la peau.	6 minutes.	Douleurs frontales. Sécheresse de la gorge. Rougeurs. Céphalalgie intense. Sommeil.	9 heures.
	Par la bouche.	7 minutes.	Douleurs frontales. Légères nausées. Somnolence.	3 heures.

Le comité doit faire remarquer qu'il s'est placé, par ces expériences, dans des conditions aussi identiques que possible; on s'occupait de l'état du ventre, et le médicament était donné aux mêmes heures de la journée.

Quinine. — Ce médicament a été dissous à l'aide d'un peu d'acide sulfurique. La solution était de 5 grains (0gr,30) de quinine pour 1 gros de liquide.

On n'a pas expérimenté cette substance sur les animaux, à cause de son défaut de toxicité.

On a obtenu quelques résultats intéressants en l'essayant sur l'homme. L'injection ne produisit aucun effet local tant que la quantité du liquide n'atteignit pas une demi-once; dans un cas, on constata de la rougeur et de la sensibilité à la suite d'une injection de quinine dans une demi-once d'eau; dans un autre, où 5 grains de quinine avaient été injectés dans une once d'eau, il se forma un abcès qui dut être ouvert.

Lorsque le médicament est injecté dans le tissu cellulaire, on constate une élévation considérable de température et une accélération du pouls, accompagnée de céphalalgie; quand cette substance est donnée par la bouche ou le rectum, les symptômes sont en apparence de la même nature, mais ils sont moins marqués; la différence qui existe sous ce rapport entre l'injection et la voie buccale est encore plus marquée que celle que l'on constate entre l'injection cutanée et l'introduction par le rectum.

Une dose de 5 grains, qui, injectée, augmente la chaleur de la peau et accélère le pouls, ne produit, à ce double point de vue, que des effets légers ou inappréciables, quand elle est prise par la bouche.

Le tableau suivant résume ces différences :

Dose : 3 grains.	Absorption.	Effets.	Durée.
—	—	—	—
Injection.	35 minutes.	Élévation de la température. Accélération du pouls.	2 h. 45 m.
Bouche...	—	—	—
Rectum...	45 minutes.	Élévation de la température.	1 h. 45 m.
Injection.	4 minutes.	Température accrue. Pouls accéléré. Céphalalgie considérable.	29 heures.
Bouche...	60 minutes.	—	3 h. 45 m.
Rectum...	40 minutes.	Température accrue. Pouls accéléré. Céphalalgie.	6 h. 30 m.
Dose : 5 grains.			
Injection.	8 minutes.	Chaleur accrue. Pouls vif. Céphalalgie.	1 h. 10 m.
Bouche...	—	Chaleur accrue. Légère céphalalgie frontale.	Incertaine.
Rectum...	10 minutes.	Chaleur accrue. Pouls vif.	1 h. 25 m.

Comme l'élévation de la température est un des effets les plus remarquables que produise la quinine, on a cru devoir exprimer dans le tableau suivant et en degrés Fahrenheit, l'accroissement de température observé dans ces trois modes d'introduction :

Dose en grains.	Peau.	Bouche.	Rectum.
—	—	—	—
3	1°	—	8°/10
3	2° 7/10	1° 4/10	1 5/10
5	6/10	—	—

Fève de Calabar. — Quelques expériences ont été faites sur des lapins avec un extrait alcoolique de fève de Calabar préparé par MM. Bell; un *minim* d'extrait équivalait à 4 grains de poudre. Cet extrait devient laiteux quand on y ajoute de l'eau; mais il est trop épais, sans addition, pour pouvoir traverser la canule.

Les symptômes déterminés par ce médicament quand il est injecté sous la peau ont été les suivants : tremblement général, cris semblant annoncer de la douleur; l'animal se précipitait avec impétuosité, heurtant les obstacles qu'il trouvait sur sa route; puis venaient de la salivation, des convulsions, une paralysie du train de derrière, un peu de contraction de la pupille; la respiration s'accélérait beaucoup dans le principe, mais à la fin elle devenait plus lente, et l'animal mourait dans des convulsions; le cœur continuait à battre, alors que la respiration avait cessé; les pupilles contractées auparavant se dilataient après la mort.

A l'autopsie, on trouvait les poumons exsangues, et les deux cavités du cœur étaient distendues par un sang noir.

Trois *minims* (correspondant à 12 grains) de la fève furent administrés à trois lapins adultes; on constata les résultats suivants :

	Quantité.	Premiers symptômes.	Effets.	Durée.
	—	—	—	—
Injection.	3 minims.	En 9 minutes. Tremblement et paralysie.	Paralysie. Guérison. Pas d'effet sur la pupille.	62 minutes.
Bouche.	—	Pas d'effet.	—	—
Rectum.	—	—	—	—

Conicine. — Une solution de cette substance fut préparée avec de l'eau légèrement additionnée d'acide sulfurique. Elle contenait 2 grains de conicine par gros.

Cette solution, injectée chez les lapins, produisit les symptômes suivants : L'animal se remuait avec peine et bientôt il présenta les signes d'une paralysie du train de derrière ; les membres postérieurs semblaient ne pouvoir le soutenir et il cherchait un appui contre le mur; la respiration devenait rapide et irrégulière; on constatait une sensibilité exagérée des membres postérieurs; il tressaillait, dès qu'on soufflait sur son poil ; quelquefois il présentait des convulsions avec courbure de la colonne vertébrale en avant; la respiration se ralentissait et le pouls devenait plus rapide et irrégulier.

L'animal semblait conserver sa sensibilité ; à la fin, la respiration s'arrêtait et le cœur continuait à battre quelque temps encore ; après la mort, on trouvait les pupilles contractées.

Introduite par la bouche, la conicine produisait des symptômes analogues, et des efforts de vomissements en constituaient le caractère le plus saillant.

Mêmes symptômes, quand on employait la voie rectale, sauf les efforts pour vomir.

Strychnine. — Une solution a été préparée en mélangeant l'alcaloïde avec un peu d'acide phosphorique et ajoutant de l'eau de façon à obtenir une solution contenant 1 grain de strychnine pour 2 gros de liquide. Le médicament a été essayé sur des lapins par les trois modes d'introduction. Le tableau suivant indique la dose minimum qui amènerait la mort dans les trois cas.

Dose en grains.	Absorption.	Effets.	Durée.
—	—	—	—
		INJECTIONS.	
1/30e	2 m. 30 s.	Mort.	7 minutes.
1/60e	3 m. 10 s.	—	5 minutes.
1/120e	6 m. 45 s.	—	22 heures.
1/130e	4 m. 30 s.	Guérison.	—
1/180e	—	—	—
1/180e	—	—	—
		BOUCHE.	
1/30e	5 minutes.	Guérison.	10 minutes.
1/20e	—	—	—
		RECTUM.	
1/20e	15 minutes.	Mort.	20 minutes.
1/25e	12 minutes.	—	32 minutes.
1/30e	—	Guérison.	—

Une seconde série d'expériences a été faite dans le but de déterminer la rapidité comparative de l'absorption.

Dose en grains.	Absorption.	Résultats.	Durée.
—	—	—	—
		EN INJECTIONS.	
1/8e	2 m. 30 s.	Mort.	5 minutes.
1/16e	3 minutes.	—	4 m. 45 s.

		BOUCHE.	
1/16e	21 m. 40 s.	Mort.	23 minutes.
		RECTUM.	
1/8e	5 m. 30 s.	Mort.	7 m. 30 s.
1/16e	5 m. 15 s.	—	7 minutes.

On voit par ces tableaux que la plus petite dose qui ait entraîné la mort a été de 1/120e de grain par la peau, de 1/16e de grain par la bouche et de 1/25e de grain par le rectum.

Acide hydrocyanique. — Une série d'expériences analogues a été instituée avec l'acide hydrocyanique. Ce tableau en résume les résultats :

Dose en minims.	Absorption.	Effets.	Durée.
—	—	—	—
		INJECTIONS.	
1/4	2 m. 30 s.	Mort.	3 m. 30 s.
1/6	1 m. 30 s.	—	5 minutes.
1/8	—	—	—
		BOUCHE.	
1/4	—	—	—
1/2	—	—	—
1/2	1 m. 20 s.	Mort.	1 m. 45 s.
1	1 minute.	—	1 m. 30 s.

Iodure de potassium. — On a fait les expériences suivantes sur un homme qui avait une extroversion congénitale de la vessie. Il fut mis au régime et tenu au lit pendant la durée de ces essais, mais ceux-ci restèrent incomplets, à cause des effets locaux d'irritation produits par le médicament.

On cherchait à constater la rapidité comparative de l'absorption et de l'élimination de l'iodure de potassium; des essais réitérés surprenaient (?) le moment où le médicament commençait à être rejeté par les urines.

On n'observa rien de particulier en fait de symptômes généraux, mais l'injection hypodermique produisit beaucoup d'irritation locale, et une petite élévation se forma même sur le point où elle avait été pratiquée.

Podophylline. — On fit une solution de cette substance avec parties égales de liqueur de potasse et d'eau. Quand elle est pure, cette solution convient bien pour l'injection hypodermique, et elle peut être mélangée d'une certaine quantité d'eau sans fournir de précipité. Quelques échantillons se réunirent en une sorte de masse gélatineuse quand on les traita comme il vient d'être dit; cette particularité semble appartenir à la sorte la plus pâle.

Une solution contenant 1 grain de podophylline dans 10 minims causait une sorte d'irritation locale; en l'étendant jusqu'à 18 minims pour 1 grain, il n'y eut plus d'accidents locaux.

Aloës. — L'extrait aqueux d'aloës fut dilué dans une égale

quantité d'eau distillée et on se servit de cette solution en injection. Tous les essais tentés pour solubiliser l'aloës sont restés infructueux. La solution précédente a semblé la plus favorable, mais elle était acide. Elle produisit en injection beaucoup de sensibilité et de gonflement avec malaise général. Vingt-quatre heures après l'injection, il n'y avait pas encore eu de selles. Le bras sur lequel l'injection avait été faite était gonflé et douloureux dans les mouvements, trois jours encore après l'injection. Les effets étaient assez peu encourageants pour ne pas pousser les essais plus loin.

M. C. Hanbury a constaté que quand la liqueur de potasse avait neutralisé la liqueur, elle ne déposait plus par addition d'eau; une solution de cette nature serait peut-être moins irritante.

Coloquinte. — M. Hanbury a préparé une solution à peu près neutre d'extrait aqueux de coloquinte en le dissolvant dans de l'eau aiguisée d'un peu d'alcool, dans les proportions de 12 grains d'extrait pour 1 gros de liquide.

Les effets locaux ont démontré que la coloquinte ne pouvait être administrée de cette façon. Cette injection est douloureuse et elle provoque des accidents qui doivent la faire abandonner. Voici les résultats observés :

Dose en grains.	Voie d'introduction.	Effets.	Temps.
—	—	—	—
1/2	Peau.	Action péristaltique en....	3 heures.
		Selle dure en..............	12 heures.
		Irritat. locale très-forte en.	3 jours.
4/5	Bouche.	Action péristaltique et selle.	Immédiatement.
4/5	Rectum.	Selle normale en..........	2 heures.
		Diurèseabondan te en.....	6 heures.

§ II. — EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

Dans cette partie de son rapport, le Comité formule ses conclusions relativement aux avantages thérapeutiques qui, d'après ses expériences, distinguent la méthode des injections hypodermiques; et, bien que les expériences n'aient porté que sur un petit nombre de substances actives, il est loisible de penser que beaucoup de médicaments énergiques ne pourraient pas être employés de cette façon à cause de leurs propriétés irritantes locales.

L'intensité et la rapidité des effets qui caractérisent la méthode hypodermique constituent des avantages importants, et l'appréhension que peut inspirer aux malades cette légère opération, s'efface bientôt devant l'expérience qu'ils acquièrent de son insignifiance.

Pour calmer la douleur, cette méthode l'emporte de beaucoup sur les autres modes d'introduction des narcotiques et, dans les

cas de délire, de manie et de tétanos, où les autres méthodes rencontrent des obstacles, l'injection hypodermique joint la sûreté de l'action à sa rapidité.....

On peut répéter les injections dans le même endroit sans déterminer d'accidents locaux ayant un caractère sérieux. M. Roberts a subi plusieurs injections dans le même point sans rien éprouver qu'un peu d'induration et d'irritation passagère.

Le comité a obtenu les résultats suivants à l'aide d'injections pratiquées chez les malades avec l'aconitine, l'atropine, la morphine, la quinine et la strychnine.

Aconitine. — Ce médicament a été essayé dans trois cas de névralgie; mais l'irritation locale qui suivit l'injection fut si forte qu'on dut considérer ce médicament comme impropre à l'usage hypodermique. Dans un cas de névralgie hystérique, la douleur fut soulagée; dans deux autres cas, on n'obtient rien. La première fois, on employa un centième de grain; les autres fois, un trois cent vingtième et un deux cent seizième.

Atropine. — Les propriétés narcotiques de cette substance sont extrêmement accusées quand elle est employée en injections.

Dans les cas de névralgie simple, l'atropine administrée de cette façon est un moyen très-puissant, et, dans quelques cas où la morphine n'avait produit qu'un soulagement momentané, l'atropine a enlevé définitivement la douleur. Sous l'influence de très-légères doses, les résultats étaient très-accentués.

Le pouls s'accéléra d'une manière remarquable dans un cas à la suite d'une simple injection d'un cent soixantième de grain. Il faudrait employer, dans le cas de névralgie, des doses plus fortes; on a constaté les meilleurs résultats lorsque les symptômes de l'atropisme se manifestaient. Le malaise général que produit l'atropine (excitation, sécheresse de la bouche, action sur la vessie) constitue un inconvénient sérieux de son emploi. Les cas dans lesquels elle a été employée avec avantage sont ceux de névralgie localisée, de lumbago et de sciatique.

Les doses initales sont d'un huitième de grain pour une femme et d'un sixième pour un homme; mais, s'il s'agit d'une névralgie très-douloureuse, on peut, sans inconvénient, exagérer ces doses. La dose la plus forte dont on ait entretenu le comité a été d'un dixième de grain.

Morphine. — La puissance de cet alcaloïde est accrue par ce mode d'administration, et son action n'est pas seulement plus rapide et plus sûre par cette voie, mais ses effets sont aussi plus durables

et quelques malades le tolèrent mieux que quand il est administré par la bouche ou par le rectum.

L'action de la morphine ne paraît pas s'affaiblir par l'usage réitéré qu'on en fait, et le comité a eu connaissance de faits dans lesquels ces injections ont été répétées tous les jours pendant plusieurs années, sans qu'on ait été obligé d'élever les doses. M. Roberts affirme que, bien qu'il ait subi plus de cent injections de morphine, la dose ne dut jamais être portée au delà de deux tiers de grain, et qu'une quantité plus petite lui parut même souvent suffisante.

Les mangeurs d'opium ont paru retirer plus de profit des injections que des autres modes d'administration de la morphine. La plus forte dose dont le comité ait entendu parler est de 8 grains ($0^{gr},52$) d'acétate de morphine qui furent injectés chez un coutumier de l'opium.

Les cancéreux ont éprouvé beaucoup de soulagement de ces injections. M. Reeves rapporte que, dans un de ses cas, on injecta de 6 à 8 grains de morphine par jour ($0^{gr},36$ à $0^{gr},48$) et cela pendant un temps assez long.

L'injection exalte évidemment les propriétés anesthésiques de la morphine, mais ces effets ne sont pas permanents.

Dans les cas de *delirium tremens*, cette méthode est souvent extrêmement utile, et dans quelques-uns on l'a vue réussir là où l'absorption buccale avait échoué ; quelquefois cependant, elle n'a eu que des résultats négatifs.

D'après les résultats obtenus des injections de morphine chez quelques aliénés, il semblerait que cette méthode n'est pas dépourvue de danger. Un maniaque succomba à la suite de l'injection d'un demi-grain de morphine, et la même dose produisit un narcotisme qui ne se dissipa qu'au bout de quatre jours.

La dose initiale ordinaire pour un adulte est d'un sixième à un quart de grain ; elle doit être moindre pour une femme, c'est-à-dire d'un huitième à un sixième.

Dans un certain nombre de cas, des accidents graves ont suivi l'usage des injections de morphine ; on peut les résumer ainsi :

Chez un homme, un quart de grain a produit la mort ;

Vingt-cinq minims d'une liqueur d'acétate de morphine, équivalant à cinq douzièmes de grain de morphine, ont amené, chez un homme, un narcotisme auquel il a échappé ;

Il en a été de même d'un quart de grain chez une jeune femme de vingt-cinq ans ;

Dans les cas de manie dont il vient d'être parlé :

Un demi-grain, chez une jeune femme atteinte de manie aiguë, a produit des accidents graves mais non mortels.

Dans un autre cas analogue, la même dose a amené la mort.

Dans quelques hôpitaux, on a pris l'habitude d'injecter de petites doses de morphine à la suite d'opérations pour lesquelles le chloroforme a été employé et avant que l'action de l'anesthésique ait complétement cessé. Il a été constaté que ce moyen prolonge le sommeil et prévient les effets consécutifs dus au chloroforme; mais le comité a reconnu que si cette pratique retarde les vomissements qui suivent quelquefois l'usage des inhalations, elle ne les prévient pas toujours.

Quinine. — La supériorité des injections sur les autres modes d'emploi de la quinine dans le traitement des maladies intermittentes est ressortie de ces essais. Le remède peut couper un accès et de la façon la plus complète, alors même que la période œstueuse a commencé, ce qui n'est pas le cas lorsque la quinine est donnée par la bouche. Dans un cas, on injecta cinq grains (0gr,30) de quinine sans accidents locaux; mais, dans un autre cas où on s'était servi d'une plus grande quantité de liquide, il y eut un abcès; la solution avait peut-être été poussée trop rapidement.

L'injection donne non-seulement des résultats plus complets et plus rapides, mais elle économise le médicament, avantage très-réel pour la médecine des pays éloignés et pour les voyageurs qui fréquentent des pays marécageux et où la quinine est rare.

Strychnine. — On a injecté ce médicament dans un petit nombre de cas de paralysies; mais l'injection n'a paru avoir aucun avantage réel sur les autres modes d'administration.

Le docteur Beigel a cité devant le comité un cas de réussite par ce moyen, et M. Ch. Hunter a aussi émis sur ce point une opinion favorable.

Dans ces cas, la dose initiale pour les deux sexes a été d'un quatre-vingtième du grain et elle fut élevée progressivement à un quarantième.

Podophylline. — Il ne paraît pas y avoir d'avantages à employer ce purgatif en injections, à moins que l'on ne tienne compte de la rapidité de son action et de l'exiguïté de ses doses. D'ailleurs, la podophylline produit des accidents d'irritation locale; dans un cas même, il y eut un abcès.

CONCLUSIONS.

Les conclusions auxquelles le Comité a été conduit sont les suivantes :

1° En règle générale, il ne faut employer que des solutions neutres et limpides pour éviter les accidents d'irritation locale ;

2° Les effets physiologiques et thérapeutiques essentiels des médicaments sont les mêmes, sauf l'intensité, qu'on les injecte sous la peau ou qu'on les donne par la bouche ou le rectum ;

3° On constate par l'injection des symptômes qui sont étrangers aux autres voies d'introduction ; mais aussi certains effets désagréables des médicaments sont évités par cette méthode ;

4° En général et sous toutes réserves, on peut dire que les solutions claires et neutres, introduites par la voie hypodermique, sont plus rapidement absorbées et plus énergiques que quand on donne les mêmes substances par la bouche ou le rectum ;

5° On n'a observé aucune différence dans les effets des médicaments suivant qu'ils étaient injectés dans un point rapproché ou éloigné des organes malades ;

6° Les avantages qui peuvent être attribués à cette méthode sont : a. — La rapidité de l'action ;
b. — L'intensité des effets;
c. — L'économie de la substance ;
d. — La certitude de l'action ;
e. — La facilité de l'introduction dans certaines circonstances;
f. — L'absence dans quelques cas des symptômes désagréables qui se produisent quand le médicament est administré d'une manière différente.

7° En conséquence, cette méthode doit être choisie quand on veut obtenir, de médicaments actifs sous de petites doses, des effets rapides et marqués[1].

W.-S. Savory, *président*. Reginald-E. Thompson, *rapporteur*.

---

(1) Les détails des expériences dont les résultats ont été indiqués dans ce rapport constituent un appendice de 44 pages in-8°. C'est dire le soin avec lequel a été faite cette enquête et le crédit qu'elle mérite. Il nous a semblé utile que ce rapport, qui résume l'état de nos connaissances sur la méthode des injections hypodermiques, fût connu de la presse médicale française. Je dois faire remarquer que les cent cinquante expériences sur lesquelles sont basées ces conclusions n'ont produit aucun accident de tétanos. C'est dire que cet accident

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la ventouse mécanique; appareil hémospasique, révulseur, aspirateur;

Par le docteur L. Hamon, de Fresnay-sur-Sarthe.

Le praticien des petites localités, appelé chaque jour à porter les bienfaits de son art dans les pays perdus, ne peut compter que sur son propre fonds pour se procurer les objets de première nécessité. Dans l'intérêt de ses malades, il doit donc se faire une loi d'être constamment muni d'un certain nombre d'éléments indispensables, en vue de parer au moins aux indications les plus pressantes. Entre tous les instruments qui ont leur place marquée dans son *armamentarium* de campagne, il n'en est aucun susceptible de lui rendre des services aussi signalés que celui dont je me propose aujourd'hui d'entretenir les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*. La suite de ce travail suffira, je l'espère, pour démontrer la véracité de cette assertion.

L'usage des ventouses est aussi ancien que le monde ; mais ce n'est que dans ces dernières années que les appareils conçus en cette vue ont subi d'importants perfectionnements, qui permettent aujourd'hui de mettre sûrement en œuvre cette précieuse méthode de traitement. L'honneur de cette utile découverte appartient sans conteste à mon excellent confrère et ami, M. le docreur Damoiseau, d'Alençon. Je le dis de suite, mon seul mérite est d'avoir contribué à la vulgarisation de cet agent héroïque, en simplifiant son appareil, en en réduisant considérablement le poids et le volume, en le rendant par là portatif et accessible aux bourses les plus légères.

Le cadre qui m'est tracé est trop restreint pour que j'entreprenne de donner la description de l'appareil de mon distingué confrère. Je ne puis, pour l'instant, que donner une sommaire description de mon propre instrument.

Il se compose d'un corps de pompe A, dont le piston B est mis en mouvement au moyen d'un petit levier à main P. L'instrument

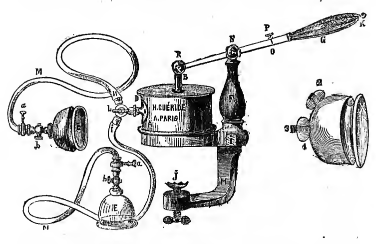
---

redoutable, dont j'ai cité deux exemples (*Gaz. hebd.*, 1867, p. 257), est extrêmement rare et que, sans partager complétement sur ce point l'optimisme de M. J. Arnould, on peut cependant, dans la pratique, ne tenir compte d'une pareille éventualité que dans des limites très-restreintes. F.

est fixé au rebord d'une table, au siége d'une chaise, au premier banc, par le moyen d'un crampon à vis H J.

Le corps de pompe se relie aux verres à ventouse par le moyen de deux longs tubes connectifs en caoutchouc M, M. Des robinets, disposés à cet effet, L, *b*, *b*, permettent d'agir, soit sous un seul verre, soit sous deux à la fois.

J'attirerai spécialement l'attention des lecteurs sur le compte des robinets *a*, *a*, car ce sont eux qui constituent surtout l'originalité de la méthode de M. Damoiseau ; c'est ce point accessoire, si insi-



gnifiant en apparence, qui marque le véritable perfectionnement de l'appareil aspirateur.

Chacun des nombreux instruments successivement imaginés avant celui de M. Damoiseau agissait, si je puis m'exprimer ainsi, par l'effet du vide continu. Il en résultait que la peau, fortement tendue sous les verres à ventouse par l'aspiration du piston, arrachait aux patients des cris de douleur ; de plus, par le fait de l'étranglement des tissus produit par les bords de ces mêmes verres, la circulation capillaire périphérique ne tardait pas à se trouver complétement interrompue.

De là l'impossibilité de pratiquer toute saignée locale quelque peu abondante et de tirer largement parti de l'appareil au point de vue de son immense puissance révulsive. En imaginant son robinet à vis échancrée, *a*, M. Damoiseau a paré à ces graves inconvénients. En donnant au degré voulu l'accès à l'air sous le champ de la ventouse, l'opérateur fait instantanément cesser la tension dou-

loureuse de la peau et favorise à son gré la circulation capillaire, condition qui permet d'opérer presqu'à discrétion la déplétion sanguine sur les divers points de l'enveloppe tégumentaire. Ajoutons que ce système de réintroduction de l'air permet d'appliquer les verres sur les parties douloureuses et enflammées, et partant de faire usage de l'appareil dans une foule de cas où les anciens instruments étaient inapplicables, eu égard aux cruelles douleurs que provoquait chaque coup de piston.

Voilà, en deux mots, tout le secret de la supériorité de cet appareil sur tous ceux qui l'ont précédé jusqu'ici.

Je passe de suite à la manœuvre de l'instrument.

Occupons-nous d'abord de l'une de ses applications les plus communes : la saignée capillaire locale.

Tous les points de la périphérie ne sont pas également propres à la déplétion sanguine, effectuée avec une certaine abondance. Il y a des lieux d'élection, qui sont : les régions temporo-malaire et maxillo-malaire ; les bosses occipitales, préalablement rasées ; les gouttières vertébrales dans toute leur étendue ; les régions fessières. Dans toutes les autres parties de l'enveloppe périphérique, le sang vient moins aisément, sauf les cas où elles sont le siége d'une affection phlegmoneuse aiguë. Dans ces dernières conditions, en effet, on peut pratiquer en tous points la saignée locale à discrétion, dans un laps de temps très-court, eu égard à la richesse de la vascularisation qui s'y est, si je puis ainsi m'exprimer, morbidement développée.

Passons maintenant au *modus faciendi*. Soit à pratiquer une saignée malaire, dont les effets sont merveilleux dans les phlegmasies oculaires aiguës et les congestions cérébrales, quelle que soit d'ailleurs leur nature. Saignée locale que je préfère, comme ne nécessitant aucun préparatif préalable.

On prend un verre à ventouse, dont l'orifice mesure 4 centimètres de diamètre. L'instrument une fois monté, le verre choisi, relié au corps de pompe au moyen de son tube connectif, on en pose le champ sur la région malaire, précaution prise de retirer quelque peu la vis du robinet de réintroduction, à l'effet d'atténuer quelque peu tout d'abord la puissance des coups de piston qui, sans cette précaution, ne manqueraient pas de produire une tension plus ou moins douloureuse de la peau.

Un aide saisit alors à pleine main la poignée du levier et met en jeu le piston, qui doit parcourir deux et même trois fois par seconde tout le champ réservé à son action. Règle générale : plus

largement s'effectue la rentrée de l'air, plus cette manœuvre est facile ; plus cette même rentrée est restreinte, plus aussi la mise en mouvement du levier est laborieuse. Lorsque le robinet de réintroduction est complétement fermé, elle exige parfois, si elle se prolonge pendant un certain temps, le concours alterné de deux aides, à moins qu'on n'utilise à cet effet le bras d'un homme vigoureux, intelligent et adroit.

Dans ces conditions, il suffit d'une douzaine de coups de piston pour que les téguments compris sous le champ de la cloche se congestionnent fortement et prennent un aspect rouge foncé. Cet effet obtenu, on dévisse rapidement le robinet de rentrée *a* ; l'air se précipite sous le verre, que l'on enlève pour le confier à un aide. Sans perdre un instant, on s'arme du scarificateur à seize lames, tendu à l'avance et placé à la portée de l'opérateur, qui vivement le fait agir une ou plusieurs fois sur la partie devenue insensible, par suite tant de la congestion sanguine que de l'étranglement produit par les bords du verre à ventouse.

La peau une fois scarifiée, on remet le verre en place et on ordonne au manœuvre de mettre en jeu le piston aussi vivement, aussi régulièrement que possible. En moyenne, on peut, en opérant convenablement, retirer, dans ces conditions, de 2 à 300 grammes de sang dans un intervalle de dix à douze minutes. Il va de soi que le verre, une fois rempli, doit être enlevé, vidé, puis remis aussitôt en place.

L'opération terminée, on essuie, on lave, si besoin est, la partie, et tout est dit. Les lames du scarificateur ne laissent, après cicatrisation, que des stigmates insignifiants.

Lorsqu'on agit sur les autres régions du corps, le *modus faciendi* est absolument identique, sauf le nombre des coups de scarificateur, qui doivent être multipliés en raison de l'étendue du champ du verre, de la moins grande activité de la circulation capillaire et de la quantité de sang que l'on se propose d'extraire. Les observations qui vont suivre suffiront, du reste, pour compléter les données relatives à un tel objet.

Lorsque les téguments sont le siége d'une affection phlegmoneuse aiguë, il ne faut pas songer à en obtenir l'analgésie par l'application préalable du verre à ventouse. C'est alors que l'anesthésie locale rend les plus grands services. J'ai fait confectionner à cet effet un petit pulvérisateur d'éther, qui peut servir également à la projection des poudres modificatrices dans les organes creux. Dans l'espèce, il est très-utile pour prévenir la douleur violente qui

résulterait pour ces parties, si susceptibles au moindre contact, de l'action des lames du scarificateur.

Pour compléter cette trop sommaire esquisse, je vais actuellement relater quelques observations qui, en me permettant de fournir à mes lecteurs un certain nombre de données complémentaires, suffiront pour témoigner de l'importance des services que peut rendre journellement, dans la pratique courante, ce précieux instrument. Je vais prendre au hasard dans la collection des faits que je possède.

I. *Convulsions puerpérales. Effets des plus remarquables d'une double saignée capillaire à la région malaire.* — Primipare ; constitution robuste. Première convulsion à cinq heures du matin. Au moment de mon arrivée, quatre heures après, la malade venait d'avoir son septième accès, plus intense que tous les autres. En moins de dix minutes, j'extrais, au moyen du rétroceps, deux filles des plus vivaces. Pour saisir la seconde, dont la tête était mobile au détroit supérieur, j'ai dû engager 22 centimètres d'acier dans le sein maternel. Dans l'un et l'autre cas, il m'a suffi du concours de trois doigts pour effectuer mes tractions.

Les convulsions se suspendent jusqu'à midi et demi, moment où elles reprennent, pour se reproduire de demi-heure en demi-heure.

A quatre heures du soir, j'arrive de nouveau auprès de la malade, que chacun croit dans une position désespérée. — Deux scarifications (scarificateur à seize lames) à la région malaire gauche : en douze minutes, je retire 350 grammes de sang. A partir de ce moment, les accès s'éloignent, et la malade n'en compte plus que trois jusqu'à minuit. Ce fut là sa dernière attaque.

Le lendemain, au moment de ma visite, deux heures du soir, je trouve la nouvelle accouchée très-calme, mais toujours plongée dans un coma profond. Je pose le verre à ventouse sur les scarifications pratiquées la veille, et, en vingt minutes, je retire 250 grammes d'un sang vermeil.

L'opération était à peine terminée que la malade reprenait entièrement connaissance, pour ne plus la perdre, et entretenait tous les assistants avec la plus grande lucidité.

J'appris, à quelques jours de là, que cette jeune femme, parfaitement remise de sa terrible épreuve, donnait le sein à ses deux enfants.

II. *Symptômes de congestion cérébrale.* — Jeune garçon d'une vingtaine d'années. Coma, intervalles d'ataxie. Nul excès alcoolique.

Invasion, vingt-quatre heures. Six coups de scarificateur à la fesse gauche. En dix minutes, 350 grammes d'un sang noir. Retour à la connaissance. Le reste du jour, encore un peu d'assoupissement. Le lendemain, entrée en convalescence.

III. *Affection myélique chronique.* — Mme de T***, soixante et un ans, ressent, depuis plus de dix ans, des symptômes d'affection myélique caractérisée : par une vive douleur à la pression dans chacun des points interépineux; par de violents maux de reins (l'utérus est parfaitement sain); par de cruelles souffrances dans la cuisse et la jambe droite, donnant lieu à de la claudication. Depuis dix jours, elle n'a eu aucun repos; elle ne peut ni se baisser vers la terre, ni monter, ni descendre les escaliers. — Quatre scarifications à la région lombo-sacrée. En vingt minutes, je retire 250 grammes de sang. Aussitôt après l'opération, Mme de T*** peut ramasser à terre et sans aucune douleur une feuille de papier; elle monte et descend les escaliers avec la plus grande facilité. Au bout de trois semaines, l'amélioration ne s'est pas encore démentie.

IV. *Conjonctivite oculo-palpébrale.* — Homme de quarante-cinq ans. Conjonctivite générale; muqueuse oculaire très-rouge. Invasion, quinze jours. Vision impossible de l'œil droit. Saignée malaire de 200 grammes. En quittant mon cabinet, cet homme affirme qu'il voit aussi bien de l'œil droit que de l'œil gauche. Je l'ai vu depuis : la guérison a vite été obtenue.

Dans ce cas, ainsi, du reste, que dans tous les autres, il est un fait particulièrement remarquable et surtout digne d'attirer l'attention : je veux parler de l'*instantanéité du résultat obtenu.*

V. *Douleurs rhumatoïdes de tout le côté droit du tronc.* — Mme Lhuissier, trente ans; constitution sanguine. Courbatures avec une certaine tendance aux redoublements vespériens. Sulfate de quinine, etc. Aggravation. Céphalalgie gravative continue; douleurs musculaires intenses, ayant pour siége les muscles du cou, l'épaule, les muscles intercostaux gauches. Ventouse à la région dorso-scapulaire correspondante. Quatre coups de scarificateur. En douze minutes, 250 grammes de sang noir. *Disparition soudaine, immédiate, de toute douleur.* Nuit et journée suivantes excellentes. La nuit qui les suit est marquée par une exacerbation qui se reproduit celle d'après; le jour intermédiaire suivant se passe sans souffrance. Sulfate de quinine. Guérison complète.

VI. *Pleuro-pneumonie* — Femme Launay, soixante ans. Tempérament sanguin. Invasion, vingt-quatre heures. Céphalalgie intense; point de côté violent; douleur de cou; pouls, 120. Saignée

dorso-scapulaire avec cinq scarifications. En dix minutes, 350 grammes de sang très-noir. *Disparition immédiate de toute douleur.* A ma dernière visite, huit jours après, le pouls est à 90 ; il ne reste plus que quelques traces de râle crépitant. Entrée en convalescence.

VII. *Pneumonie.* — Homme de soixante et un ans. Crachats rouillés depuis la veille. Visage vultueux ; céphalalgie intense, point de côté très-douloureux ; courbature générale. Saignée dorso-scapulaire droite de 300 grammes en dix minutes. *Disparition immédiate de toute douleur.*

Je revois ce malade le lendemain. Le soulagement ne s'est pas démenti. Deux crachats rouillés seulement depuis la veille. Le malade se prétend guéri. Inutile de faire observer que ce mode de traitement n'est guère indiqué qu'au début de ces sortes d'affections, et alors que la turgescence du système vasculaire est bien accentuée.

C'est ici le lieu de le faire remarquer : les excellents résultats que l'on retire de cette méthode tiennent en grande partie à la puissance de ses effets révulsifs, qui permet, en même temps, d'être plus réservé au point de vue de la soustraction de cette *chair coulante*, si indispensable à la vie, à une époque de véritable détérioration organique. Ce qu'il y a de certain, c'est que, nombre de fois, j'ai été moi-même émerveillé du soulagement immédiat obtenu à la suite de saignées locales des plus parcimonieuses. Il faut avoir été, à plusieurs reprises, témoin de pareils faits pour y croire, et en apprécier comme il convient et la portée et la valeur.

VIII. *Colique néphrétique.* — Depuis douze ans, je traite M. Cochet pour des coliques néphrétiques cruelles, revenant deux ou trois fois par an, et à la suite desquelles il rend assez souvent des graviers d'un volume relativement considérable. Le 20 février dernier, il a encore été assailli par des douleurs terribles, contre lesquelles il a lutté avec courage jusqu'au lendemain, en se bornant à faire des applications brûlantes sur le ventre et la région rénale gauche affectée. Appelé le 21, je lui posai une ventouse sur cette dernière partie. Toute souffrance est enlevée sans retour, comme avec la main, sous l'influence d'une saignée locale de 200 grammes. Le lendemain, M. Cochet reprenait ses travaux, et, six jours après, il rendait un gravier volumineux.

IX. *Phlébite de la veine crurale.* — Je ne relate le fait suivant qu'en vue de démontrer l'influence puissante produite par le jeu du piston sur la circulation. On ne peut s'expliquer qu'ainsi les

merveilleux effets qui s'obtiennent si souvent par le bénéfice d'émissions sanguines capillaires presque insignifiantes.

Le sieur Flandrin, atteint d'une fracture simple du tibia presque consolidée, est soudain pris d'une phlébite de la veine crurale du même membre. Cuisse très-grosse, fort tendue et douloureuse à la pression; la toux retentit douloureusement dans l'organe affecté. La veine oblitérée forme un cordon parfaitement accessible au doigt qui l'explore. Je ne compte nullement extraire beaucoup de sang, à cette région peu vascularisée, mais je fais fond sur l'aspiration puissante de ma machine, pour activer la circulation capillaire paralysée. Je scarifie quatre fois, à deux reprises différentes, un peu en bas et en dehors du triangle crural, et, en une demi-heure, je retire seulement 100 grammes de sang.

Disparition immédiate, mais malheureusement momentanée, de toute douleur à la toux et à la pression. La cuisse est notablement moins grosse et beaucoup moins tendue. Je dois à la vérité d'ajouter que cette modification favorable ne s'est guère maintenue au delà de vingt-quatre heures. La guérison a été obtenue au moyen de vésicatoires volants.

X. *Contusion de la cuisse.* — C'est à un ordre de faits à peu près connexe que se rattache l'observation suivante :

Contusion de la cuisse gauche, à sa partie moyenne et postérieure, par le passage d'une roue de voiture. Flexion spontanée impossible de la jambe sur la cuisse. Le malade marche la jambe raide, et ne peut monter un escalier qu'en s'enlevant sur chacune des marches, par le moyen de l'organe sain. C'est à peine si je puis extraire une cinquantaine de grammes de sang dans l'endroit douloureux, dans l'intervalle d'une demi-heure. Cette opération terminée, le malade fait, sans douleur et sans l'assistance de la main, affecter un angle droit à la jambe par rapport à la cuisse. Il descend et monte l'escalier assez librement et presque sans accuser de souffrance.

XI. *Phlegmon du bras.* — C'est dans les affections phlegmoneuses aiguës que la ventouse mécanique produit, peut-être, les plus remarquables effets.

Le sieur Geslin est atteint, depuis trente-six heures, d'un phlegmon, ayant pour point de départ la région olécranienne, et envahissant la moitié inférieure et postérieure du bras, et la moitié supérieure correspondante de l'avant-bras. Un verre à ventouse est appliqué sur ce dernier point. En six ou huit minutes, je retire 300 grammes de sang. Le lendemain, amélioration remarquable; répétition de la saignée locale au même endroit. Le jour suivant,

la maladie est enrayée dans sa marche : les téguments du bras et de l'avant-bras ne présentent plus qu'un aspect rosé. Le mal est cantonné à la région olécranienne, qui a marqué son point de départ. Troisième saignée, *loco dicto*, réitérée le lendemain. Le cinquième jour, je constate le développement d'un petit phlegmon olécranien. Je le ponctionne, puis l'évacue au moyen de la ventouse mécanique, utilisée en tant qu'appareil aspirateur. Deux jours après, Geslin, complétement guéri, reprenait ses rudes travaux.

Combien eût pu durer une telle affection, traitée par la classique méthode des cataplasmes émollients ?

XII. *Anthrax du dos.* — Mme de X***, soixante et un ans. Tumeur phlegmoneuse, du volume du poing d'un adulte, située à la région dorsale. Une autre tumeur, moitié moins volumineuse, correspond à la région ilio-lombaire gauche. Les téguments qui relient ensemble ces deux tumeurs sont rouges, tendus, douloureux, présentent les traits de la première période du phlegmon aigu. L'affection inflammatoire mesure une étendue générale de 0^{m},28 sur 0^{m},18. Invasion, huit jours. Depuis trois fois vingt-quatre heures, la malade n'a poussé qu'un cri.

Je fais agir la ventouse mécanique à la partie moyenne de ce vaste phlegmon, à la base de la tumeur supérieure. Je retire seulement une centaine de grammes de sang. Cette saignée, si peu importante, suffit toutefois, grâce à l'activité imprimée à la circulation capillaire, pour apporter à la malade un soulagement instantané des plus marqués. A partir de ce moment, plus de cris ; sentiment de bien-être indicible.

Le soir même, seconde saignée locale ; de deux coups de scarificateur, je retire, en huit minutes, 100 grammes de sang.

Tout va pour le mieux jusqu'à minuit, moment où se réveillent les douleurs, mais avec une bien moindre intensité.

Le lendemain matin, convaincu que ces mêmes douleurs sont en rapport avec un travail d'abcession profonde, bien que je ne puisse trouver la plus faible trace de fluctuation, je plonge 5 centimètres d'acier au sein de la tumeur. Il ne s'écoule par l'étroite ouverture que quelques gouttes de pus. Ne pouvant évacuer la collection par une pression très-douloureuse, je pose sur la tumeur un verre à ventouse, et je fais faire le vide ; précaution prise d'atténuer notablement la puissance de l'aspiration de la pompe en ouvrant notablement le robinet de réintroduction de l'air, à l'effet

de rendre supportables les coups de piston de la machine, à ces parties tendues et d'une extrême sensibilité.

A deux reprises différentes, à trois heures d'intervalle, je retire, tant de la tumeur supérieure que de l'inférieure, dont le point culminant est criblé en arrosoir, un bon verre à bordeaux de pus mêlé de sang noir et épais. De ce moment, la maladie est manifestement enrayée dans sa marche.

Pour hâter la résolution de la tumeur supérieure, j'opère sur elle une nouvelle saignée locale de 100 grammes. A la suite de cette dernière déplétion sanguine, son volume se trouve réduit des trois quarts.

C'est ainsi que cette affection phlegmoneuse, qui, traitée par la méthode ordinaire des émollients, pouvait donner lieu à des décollements étendus, à une suppuration colliquative, a pu être heureusement jugulée en quatre jours, par la nouvelle méthode.

La mortification des téguments s'est bornée aux points les plus culminants des deux tumeurs, mesurant chacun $0^m,03$ de long sur $0^m,02$ de large, surfaces circonscrites que, lors de ma première visite, j'avais trouvées percées en arrosoir, et dont il ne m'avait plus été possible de prévenir la destruction. Elles ont donné lieu à deux petites plaies insignifiantes, superficielles et sans aucun décollement, dont la cicatrisation complète n'a pas exigé plus d'une douzaine de jours.

Dans ce cas, ainsi que dans tous ses analogues, l'instrument m'a rendu les plus signalés services, en l'utilisant, deux ou trois fois par jour, en tant qu'appareil aspirateur. Les aspirations énergiques qu'on effectue pas son moyen excitent, en effet, la circulation capillaire, et raniment la vitalité dans les parois des foyers phlegmasiques, dont le recollement se fait beaucoup moins attendre.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'emploi thérapeutique du phosphure de zinc [1];

Par M. Vigier, pharmacien à Paris.

Ainsi que beaucoup d'autres praticiens, nous avons été frappés, M. Curie et moi, des nombreux inconvénients que présentent les préparations phosphorées en usage dans la thérapeutique. Ces in-

[1] Lu à la Société de thérapeutique.

convénients sont tels, qu'ils élèvent un obstacle sérieux à l'emplo du phosphore. Ils peuvent se résumer dans les deux termes suivants : ou ces préparations sont répugnantes au goût, ou elles sont infidèles, quand elles ne sont pas l'une et l'autre à la fois.

Nous nous proposons aujourd'hui d'offrir un mode d'administration du phosphore au moyen du phosphure de zinc, qui nous paraît réunir les conditions d'un excellent médicament, et destiné, si nous sommes dans le vrai, à remplacer toutes les préparations phosphorées. Ce corps est gris, cristallisé, parfaitement défini, inaltérable à l'air humide, d'une conservation parfaite, soit en poudre, soit sous forme pilulaire; mais, néanmoins, il jouit de la propriété de se décomposer dans l'estomac en donnant naissance à de l'hydrogène phosphoré, qui exerce sur l'économie une action identique à celle du phosphore dissous dans l'huile. Nous avons essayé beaucoup d'autres phosphures, et si nous nous sommes arrêtés à celui-ci, c'est que nous avons reconnu que les autres n'offraient pas les mêmes avantages.

En effet, les phosphures des métaux de la première classe sont trop peu stables; tandis que d'autres, comme le phosphure de fer, offrent une combinaison chimique trop intime de leurs éléments, qui les rend inattaquables par les liquides de l'économie.

Nous ne nous appesantirons pas aujourd'hui sur l'action physiologique du phosphore : cette question devant faire pour nous l'objet d'un prochain mémoire. Pour la même raison, nous ne donnons pas les observations détaillées à l'appui de nos assertions. Qu'il nous suffise de dire que le phosphure de zinc agit bien à titre de phosphore ; car il produit sur les animaux empoisonnés les mêmes lésions et phénomènes que lui, c'est-à-dire : altération du sang, ecchymoses et hémorrhagies de siége variable, congestion du poumon, paralysie du cœur, altération granulo-graisseuse des cellules du foie et des reins, etc., etc.

Le phosphure de zinc se prépare en faisant arriver sur du zinc en ébullition de la vapeur de phosphore ; l'opération doit se faire dans un courant d'hydrogène sec, ainsi que l'un de nous l'a décrite dans sa thèse de pharmacie (Paris 1861) et dans les *Annales de physique et de chimie*, numéro du mois d'août 1867.

On l'obtient ainsi sous trois états : cristallisé, boursouflé et fondu, qui ont une formule identique : $PhZn^3$.

Ce corps est friable, sa cassure est vitreuse et douée de l'éclat métallique, il est facilement attaqué par les acides et même par l'acide lactique, ce qui explique sa décomposition dans l'estomac;

il se produit alors un sel de zinc inoffensif et de l'hydrogène phosphoré gazeux PhH^3.

Dans nos expériences sur les animaux, nous avons retrouvé ce gaz en quantité dans les intestins. Le phosphure de zinc est aussi poison lorsqu'on l'administre en lavements, mais son action est un peu plus lente; placé sous la peau, il n'est actif qu'au bout d'un certain nombre de jours, évidemment dans une certaine phase de la suppuration.

Le phosphure de zinc $PhZn^3$, à la dose de 0gr,06, tue un lapin de 3 kilogrammes; au-dessous de cette dose, l'animal se rétablit.

Comme il suffit pour tuer un lapin de ce poids, de 0gr,007 à 0gr,008 de phosphore dissous dans l'huile, il en résulte que le phosphure de zinc n'agit pas comme la quantité totale; mais seulement comme la moitié du phosphore qu'il contient chimiquement.

En effet, l'équivalent du phosphore étant très-près de celui du zinc, la formule $PhZn^3$ donne en proportion 25 pour 100 de phosphore, comme nous voyons qu'il faut 0gr,06 de phosphure de zinc dans lesquels il y a 0gr,015 de phosphore, dose double de celle qui tuerait le lapin s'il était donné sous forme d'huile phosphorée; nous sommes amenés à conclure que le phosphure de zinc n'agit qu'au titre de la moitié du phosphore qu'il renferme.

S'il agissait dans la même proportion sur l'homme, le phosphure de zinc serait toxique à la dose de 1 gramme à 1gr,50 s'il n'était pas rejeté.

A quelle dose convient-il de l'employer en médecine? Il est évident qu'il est dangereux et inutile de s'approcher de la dose toxique. Nous devons nous guider sur les effets qu'éprouve le patient sous l'influence de cet agent. C'est donc dans ce but que nous avons fait quelques expériences sur nous-mêmes pour voir quelle dose on pouvait supporter sans accident.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés : Des pilules de 0gr,008 de phosphure de zinc, représentant 0gr,002 de phosphore théorique et 0gr,001 de phosphore actif, donnent parfois des renvois alliacés assez faibles pour que les personnes auxquelles nous en avons fait prendre sans les prévenir ne s'en soient jamais aperçues.

A une dose plus élevée, les renvois sont plus sensibles; mais on peut, sans autre inconvénient, prescrire des pilules de 0gr,04 représentant 0gr,01 de phosphore théorique et 0gr,005 de phosphore actif. Enfin, nous avons pris jusqu'à 0gr,10 de phosphure de zinc à la fois : le premier jour, nous n'avons ressenti qu'un poids sur

l'estomac qui s'est dissipé après quelques heures; le deuxième jour, après une dose semblable, le sentiment de pesanteur à l'estomac a été suivi d'un vomissement, auquel d'ailleurs n'a succédé aucun autre malaise.

D'après cela, il est clair qu'on peut prendre impunément des pilules de phosphure de zinc de 0gr,008 représentant 0gr,001 de phosphore actif, et comme il est facile d'en prendre plusieurs dans la journée, on arrivera ainsi à administrer 4 à 5 milligrammes de phosphore actif, dose que l'on ne dépasse guère d'habitude. Nous proposerons donc les formules suivantes :

Pilules de phosphure de zinc.

Phosphure de zinc en poudre fine..................	0gr,80
Poudre de réglisse..............................	1 ,30
Sirop de gomme..................................	0 ,90

Pour cent pilules argentées.

Ces pilules pèseront ainsi 0gr,03 et contiendront chacune 0gr,002 de phosphore théorique et 0gr,001 de phosphore actif.

Paquets de phosphure de zinc.

Phosphure de zinc en poudre fine..................	0gr,40
Poudre d'amidon.................................	5 ,00

Mêlez exactement pour cinquante paquets égaux, contenant chacun, comme les pilules, 0gr,001 de phosphore actif. Ces paquets sont pris sans répugnance par les personnes qui avalent difficilement les pilules, les enfants, par exemple. Pour ces derniers et pour les malades très-susceptibles, le médecin pourra commencer le traitement en diminuant de moitié la dose de phosphure de zinc et écrire dans la formule 0gr,40 au lieu de 0gr,80, et dans celle des paquets, 0gr,20 au lieu de 0gr,40 ; il aura ainsi des pilules et des paquets contenant 0gr,001 de phosphore théorique et 1 demi-milligramme de phosphore actif.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Omphalorrhagie mortelle chez un enfant de treize jours;

Par le docteur L. Marguerite (du Havre).

Le 12 novembre 1867, après un travail d'une heure et demie environ, Mme T.... donna le jour à un enfant du sexe masculin, de petite taille, mais bien conformé d'ailleurs. Cinq minutes avant sa

naissance, la tête de l'enfant était encore au détroit supérieur en position O. J. G. A.; la rupture de la poche des eaux à peine faite sous l'influence d'une douleur énergique, cette même douleur fit parcourir à la tête tout le canal vaginal, et l'amena à la vulve, qu'une seconde douleur, survenant immédiatement, lui fit franchir. Moins d'une minute après, les épaules franchissaient à leur tour l'anneau vulvaire. C'est dire que tout se passa aussi simplement que possible, et que l'enfant ne souffrit pas le moins du monde à sa naissance.

Cependant cet enfant avait la face parsemée de petites taches ecchymotiques rondes, analogues à des taches de purpura, sauf la couleur, qui était un peu plus foncée. Elles étaient assez nombreuses pour qu'on pût en compter trois ou quatre par centimètre carré. Les autres parties du corps ne présentaient rien d'anormal. En quelques jours ces taches s'effacèrent en passant par les différentes teintes des ecchymoses en voie de résolution, et donnèrent lieu à une coloration ictérique de la face; mais la couleur des sclérotiques ne cessa pas d'être bleuâtre. Le 14, l'enfant présenta un peu de sang dans les selles, accident qui me parut de même nature que les taches de la face, et qui ne se renouvela plus. Le 17, au matin, eut lieu la chute du cordon; la cicatrice ombilicale, examinée avec soin, fut trouvée parfaitement saine et exempte de toute espèce de suintement.

Le 21, trouvant la mère en bonne santé, l'enfant en bonne voie d'accroissement, j'annonçai que je ne reviendrais plus et me retirai.

Mais dans l'après-midi de ce même jour, je fus prié de passer voir le nombril de l'enfant. Je n'y trouvai qu'un petit suintement séreux, extrêmement minime, qui n'aurait certainement pas inquiété des parents moins soigneux. Une compresse imbibée de vin fut appliquée sur le nombril, et maintenue par une petite bande assez serrée.

Le 22, au matin, je constatai autour du nombril et sur le linge les traces d'un écoulement non plus séreux, mais séro-sanguinolent, très-peu abondant; les pièces du pansement, qui avaient glissé, furent rétablies. A une heure après-midi, on accourut me chercher en toute hâte, à cause de la quantité de sang qu'avait répandue l'enfant. Effectivement tout le pansement était imbibé et traversé. Après avoir nettoyé l'enfant, je pus remarquer que le sang coulait en nappe, comme d'habitude; je refis le pansement de la manière suivante : Sur le nombril, une bonne couche de colophane pulvé-

risée, recouverte de quatre rondelles d'amadou, fut maintenue par une compresse, retenue elle-même par un bandage circulaire; en tout il y avait sur le nombril une épaisseur de 27 ou 28 lignes. Puis, après avoir recommandé de remuer l'enfant le moins possible, je me retirai en annonçant ma visite pour huit heures du soir. Mais à six heures, je fus redemandé précipitamment parce que l'enfant baignait dans son sang. Tout le pansement ci-dessus décrit était en effet traversé, et les langes de l'enfant étaient eux-mêmes fortement tachés de sang. Je procédai immédiatement à la ligature en masse du tubercule ombilical. Pour cela, je traversai d'outre en outre ce tubercule avec deux épingles placées à un centimètre l'une de l'autre, autour desquelles je fis une suture entortillée avec un fil ciré double; puis j'appliquai sur le tout un tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer, et je maintins le tout avec un bandage circulaire convenablement serré.

La nuit se passa à peu près; l'enfant prit assez souvent le sein de sa mère, dormit peu, et ne poussa des cris que de temps en temps. Le lendemain, il n'y avait plus trace d'écoulement sanguin; mais le ventre était un peu tendu, et de plus il se produisit un hydrocèle de la vaginale gauche. L'enfant tetait toujours un peu, mais le lait de sa mère paraissait lui donner des coliques.

Le 24, il y eut une selle contenant un peu de sang; mais la journée ne présenta rien de saillant; l'enfant cria peu, prit plusieurs fois le sein; le soir je relevai le pansement avec précaution, sans que l'enfant manifestât beaucoup de douleur; seulement quelques gouttes de sang s'échappèrent de dessous la ligature. Je remis un tampon de charpie, maintenu par un petit bandage; et comme l'abdomen était tendu, et qu'autour du nombril il y avait une zone inflammatoire très-marquée, j'appliquai une couche de collodion élastique, ainsi que sur le côté gauche du scrotum. Dans la nuit du 24, on me rappela; mais je trouvai un enfant très-affaibli, pâle, à demi froid; la mort survint à trois heures du matin.

Le père de cet enfant est un homme à tempérament lymphatique, n'ayant jamais eu d'hémorrhagie autre que deux ou trois épistaxis, et peu abondantes; la mère, lymphatico-nerveuse, n'a jamais rien présenté qui puisse faire croire à une de ces prédispositions hémophiliques que l'on trouve dans certaines familles. Cependant l'aîné de leurs enfants est mort à l'âge de neuf semaines d'une manière presque subite et a présenté, immédiatement après la mort, une ecchymose étendue de la nuque au sacrum, tout le long de la colonne vertébrale.

J'ai d'autant plus regretté de n'avoir pas pu pratiquer la nécropsie, que probablement on eût trouvé dans l'état des organes l'explication de ces accidents évidemment de même nature : taches de purpura de la face, selles sanguinolentes, omphalorrhagie. Toutefois, malgré cette lacune fâcheuse, j'ai cru utile de livrer cette observation à la publicité, en raison du peu de fréquence de ces faits.

Réflexions à propos de la correspondance médicale de M. de Beaufort, insérée au *Bulletin de Thérapeutique* du 30 janvier 1868.

On peut agir *beaucoup plus directement*, avec l'iodure de potassium sur la *tumeur lacrymale*, que par la méthode de M. de Beaufort, en employant celle qui a été indiquée par M. le docteur Em. Delpeuch en 1866 dans *l'Union médicale*. Voici sommairement ce procédé, que j'ai eu moi-même l'occasion d'expérimenter avec succès :

Tous les matins, par une pression exercée avec le doigt, vider complétement la tumeur, et, avec un petit linge, nettoyer avec soin l'œil du muco-pus qui l'a envahi ; laisser tomber à l'angle interne une pincée d'iodure de potassium réduit en poudre impalpable. Au bout de deux à cinq minutes, l'iodure dissous par les larmes a suffisamment agi sur la muqueuse du sac lacrymal; nouvelle pression sur la tumeur pour la vider, puis trois ou quatre couches de collodion. — Recommander d'exercer trois fois dans la journée, à distances égales, une douce pression sur la tumeur et renouveler les couches de collodion. Concurremment, médication interne lorsqu'elle est indiquée.— Si, comme le prétend M. de Beaufort, l'iodure agit comme *modificateur direct*, la méthode ci-dessus doit être préférable à la sienne, bien certainement.

Dr Gersoy (de Langres).

BIBLIOGRAPHIE.

De la réforme des études médicales par les laboratoires, par le docteur P. Lorain, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou du régime envisagé comme moyen thérapeutique, par J.-B. Fonssagrives, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, ex-professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Brest,

membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, premier médecin en chef de la marine, officier de la Légion d'honneur, etc., 2e édition, revue et corrigée.

Il y a quelques années, M. Jaccoud, après avoir lui aussi visité l'Allemagne dans un intérêt purement scientifique, en rapportait une impression triste qu'il rendit ainsi : « Il y a là pour les autres nations un bel et noble exemple à suivre ; au point de vue scientifique, il y a plus, il y a une impérieuse nécessité. Et comment veut-on que le niveau des connaissances se maintienne dans un pays à la hauteur de la science contemporaine, si l'on ne conforme pas les institutions aux progrès mêmes de la science? Comment veut-on que la France regagne le terrain qu'elle a perdu sur quelques points, si l'on ne donne pas aux jeunes gens les moyens de travail nécessaires? Comment une faculté peut-elle exiger de ses élèves des connaissances qu'elle ne prend pas la peine de leur inculquer? Où est notre enseignement pratique, où sont nos laboratoires, où sont nos exercices pratiques? Rien, rien, absolument rien. » Les regrets que faisait entendre naguère M. Jaccoud, et qu'il ne craignit pas d'adresser au ministre même qui l'avait chargé d'une mission scientifique en Allemagne, M. Lorain, avec non moins d'autorité et avec un accent plus triste encore, les exprime à son tour dans le travail sommaire et plus limité dont on vient de lire le titre, et sur lequel nous croyons devoir appeler en une courte notice bibliographique l'attention des lecteurs de ce journal.

C'est dans les instituts, ou, comme nous dirions ici, dans les laboratoires que la science se fait en Allemagne, et c'est parce que nous manquons à peu près complétement de ces moyens précieux d'études que, suivant l'opinion de notre savant confrère, la médecine française contemporaine est dans un état d'infériorité évidente, lorsqu'on la compare à la médecine telle qu'elle prospère et grandit tous les jours à vue d'œil au delà du Rhin. Dans cette généreuse préoccupation, et absolument libre de tout chauvinisme, M. Lorain nous montre successivement, dans toute la splendeur de leurs richesses, les laboratoires des principales villes d'Allemagne, mais surtout de Berlin, qui sont consacrés à la pathologie, à l'anatomie, à la chimie et à la physiologie. Notre spirituel et savant confrère, dont la plume habile sait donner aux choses les plus disparates les couleurs qui leur conviennent, nous donne à la fois, dans un tableau animé, et l'inventaire des dispendieux instruments dont sont dotés ces instituts divers, et la description détaillée des bâtiments quelquefois fort étendus, et toujours appropriés à leur destination,

qui les abritent. Mais cette façon de comprendre l'économie de la science en Allemagne a entraîné une conséquence que M. Lorain ne manque pas de mettre en relief, c'est que pendant qu'ici on est avant tout, ou l'on devient infailliblement tôt ou tard praticien, là il y a, et en grand nombre, des savants purs, des hommes qui font de la science en dehors de toute application pratique. Tout en maintenant que la tradition n'est pas lettre morte, tout en maintenant surtout qu'aujourd'hui même il y a de la vérité et beaucoup de vérité à conquérir par l'observation directe, par l'observation de l'ensemble pathologique vivant, par la clinique, en un mot, nous estimons, comme notre très-distingué confrère, que les lacunes qu'il signale dans notre enseignement scientifique sont profondément regrettables, et qu'en nous claquemurant, ou à peu près ainsi, dans l'horizon fermé de la clinique, nous stérilisons une partie de la séve vigoureuse (nous pouvons bien dire cela sans tomber dans le chauvinisme) de l'esprit français. M. Lorain a donc bien mis le doigt sur la plaie, quand il a signalé ces *desiderata* dans notre enseignement; mais nous nous demandons, même en face de son livre, si, d'une part, il n'abaisse pas un peu trop la valeur de cet enseignement, et si, de l'autre, il ne surfait pas, au contraire, un peu, ou plutôt s'il n'exagère pas la portée des méthodes d'outre-Rhin, pour constituer d'une manière définitive la science de l'avenir, la médecine proprement dite qui, pour nous, ne s'en sépare pas, ne vaut même en grande partie que par là? Ecoutez plutôt : « Les Français n'ont pas la même manière de comprendre la médecine que les Allemands. En France, on vise à la clarté du diagnostic et à la simplicité dans les moyens thérapeutiques. On agit un peu plus en artistes qu'en savants. On voit l'ensemble du malade, on juge de ses aptitudes physiques, on devine ce qui ne peut être prouvé, et il y a autant de bon sens que de science dans notre pratique médicale. La thérapeutique tend à se réduire, chez nous, à sa plus simple expression, qui est l'hygiène. Quelques spécifiques bien connus et incontestés, quelques remèdes s'adressant à des fonctions bien déterminées qui doivent être excitées ou calmées, suffisent à notre caractère, où le scepticisme s'allie à la prudence... Je pense que de toutes les médecines, la médecine française est la moins nuisible... la médecine allemande est plus savante que la nôtre, et elle a des visées plus hautes, mais elle s'embarrasse dans les difficultés d'un diagnostic compliqué où les détails nuisent à l'ensemble, et la thérapeutique est le triomphe de la polypharmacie, ce qui n'est pas un mérite. » Qui dit cela? C'est M. Lorain lui-même, au seuil de son livre. Con-

venons que cet exorde n'est pas un exorde par insinuation, comme nous disions sur les bancs; et si, comme nous en sommes convaincu, il serait à désirer que notre enseignement pût se développer sur une plus large base, et si l'Allemagne peut sur ce point nous donner la leçon, nous devrons nous efforcer d'en faire sortir autre chose que... la polypharmacie.

En somme, dirai-je en finissant, lisez ce livre, vous tous qui aspirez au progrès; c'est un esprit fin, élevé qui y parle, et si l'impression qu'il vous laisse, c'est que les fusils à aiguille des savants de Berlin ne font toute la science, mais peuvent, habilement maniés, contribuer à son réel progrès, vous n'aurez point perdu votre temps.

Voici un livre qui vient à point pour répondre à l'état des esprits à l'endroit de la thérapeutique, tel que le signalait tout à l'heure notre savant confrère M. le docteur Lorain. Non pas, nous nous hâtons de le dire, que le professeur de Montpellier partage le scepticisme peu voilé du savant agrégé de la Faculté de médecine de Paris sur l'efficacité des moyens ou des médications variées que l'on oppose aux maladies. Tout en s'efforçant de restaurer l'hygiène thérapeutique, M. Fonssagrives admet, et il a raison, que la thérapeutique proprement dite, aux mains d'un médecin judicieux, sagace et prudent, peut légitimement prétendre, dans un bon nombre de cas, à imprimer à l'organisme des modifications qui ramènent la vie à son fonctionnement normal. Cette foi éclectique à la réelle puissance de l'art, l'éminent professeur de Montpellier la manifestera prochainement, si nous sommes bien informé, d'une manière apodictique, comme disent les philosophes allemands, en publiant un traité largement compréhensif de cette partie de la science médicale. En attendant, ce qu'il se propose dans cet ouvrage, — et ce but, il peut se flatter de l'avoir atteint, puisqu'en quelques années il s'est vu obligé de rééditer son travail, — c'est de montrer les ressources immenses qu'un médecin intelligent peut trouver dans l'hygiène alimentaire, comprise d'un peu plus haut qu'on ne le fait d'ordinaire, pour seconder, quand elle ne suffit pas par elle-même, la puissance curatrice de la thérapeutique.

Déjà, lorsque ce livre parut pour la première fois, nous lui avons consacré ici même un article, où nous nous sommes surtout appliqué à en faire ressortir l'excellent esprit : nous ne pouvons que confirmer ce que nous en avons dit alors. M. Fonssagrives est un de ces auteurs scrupuleux qui, quand ils ont la bonne fortune de voir accueillir favorablement leurs travaux, ne considèrent pas comme

un hommage légitime rendu à leur mérite la faveur populaire, ni se laissent anesthésier par ces encens. Notre distingué confrère obéit à une plus noble et plus virile impulsion : ce qu'il veut avant tout, c'est servir la science, et par elle l'humanité. Aussi, comme il le dit lui-même avec une humilité qui le relève encore à nos yeux, a-t-il profité, au lieu de s'en choquer, des conseils qu'une critique honnête a pu lui donner, pour corriger et amender son premier travail. Il ne nous a pas semblé, du reste, que ces remaniements aient été bien considérables; mais si restreints qu'ils soient, la critique les doit bien accueillir, parce qu'ils ajoutent encore à la valeur d'un des livres les mieux faits de ce temps-ci, et qu'ils témoignent en même temps du respect de l'éminent auteur pour le public éclairé auquel il s'adresse.

Nous n'en dirons pas davantage aujourd'hui sur un ouvrage dont la fortune est faite ; mais nous ne pouvons résister au désir de citer un passage de la nouvelle introduction qui, mieux que tout ce que nous pourrions dire, mettra immédiatement le lecteur en rapport d'idées avec le savant maître, et lui inspirera, nous en sommes sûr, la salutaire pensée d'entrer en communion plus intime avec lui. Il s'agit de cet ardélionisme thérapeutique par suite duquel on veut remporter de haute lutte la maladie, ou supprimer un syndrôme qui frappe les yeux de tous, au risque quelquefois de supprimer le malade. Écoutez : « Une considération nous frappe, dit l'auteur, c'est que l'abandon de la thérapeutique hygiénique au profit de la thérapeutique médicamenteuse est une émanation directe, à n'en pas douter, de l'esprit de matérialisme qui se glisse un peu partout dans les spéculations de l'intelligence comme dans les réalisations de la pratique. La médecine souffre comme les autres sciences (et plus que les autres sciences, ajouterons-nous) de cet *oïdium* d'un nouveau genre. Il nous faut à toute force et sur l'heure un résultat tangible, saisissable, corporel des moyens que nous employons ; et pour que le vulgaire croie à l'intervention médicamenteuse, et pour que les médecins croient eux-mêmes à leur propre utilité, il faut que l'organisme ait été brusquement et profondément remué, et que cette perturbation se traduise immédiatement au dehors par quelque signe saisissant : une purgation, un vomissement, une pupille dilatée outre mesure, des contractions tétaniques des muscles, du sang dans une poêlette ou de la sérosité au bout d'un trocart. Assurément tout cela est bon en soi et a son utilité fréquente ; personne ne l'invoque plus souvent que nous; mais toute la thérapeutique n'est pas là ; et, dans bien des cas où les médicaments interviennent

exclusivement, le seul régime sagement réglé et persévéramment suivi amènerait un résultat qui ne rapporterait peut-être pas grande gloire au praticien, mais qui serait plein d'utilité pour le malade. »

Bien rugi, mon beau lion; et espérons que ce cri trouvera de l'écho dans quelques consciences, où les nobles sentiments qui siéent si bien au médecin ne sont qu'endormis.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouveau cas de tétanos traumatique guéri par l'extrait de fève de Calabar. — Nous avons déjà rapporté plusieurs exemples de guérison de tétanos, due à l'idée heureuse d'avoir appliqué à la thérapeutique les expériences physiologiques tentées avec la fève de Calabar dans les laboratoires de physiologie, et qui venaient confirmer les récits des missionnaires qui avaient pu être témoins oculaires de nombreux cas de mort par cet agent qui sert de poison d'épreuve aux naturels de la côte d'Afrique. Voici un nouveau fait des plus instructifs, puisque le médicament a été employé en injection hypodermique; il est tiré, comme les précédents, des journaux anglais [1], aucune observation n'ayant encore été publiée en France, bien que M. Sée ait annoncé tout récemment, dans sa chaire de thérapeutique à la Faculté, qu'il devait à ce nouveau médicament deux guérisons de tétanos spontané.

L'observation suivante a été recueillie à l'infirmerie de l'hôpital de Northampthon :

Un laboureur, âgé de trente-trois ans, est admis dans les salles le 3 octobre 1867. Trois semaines auparavant, dans une chute, il s'était fait une plaie au cuir chevelu et à l'oreille gauche. Sauf un peu d'évanouissement, il se remit de cet accident et n'éprouva rien jusqu'à une époque qu'il précise nettement : sept jours avant son entrée à l'hôpital. Il travailla jusqu'au 28 septembre, jour où il fut forcé de se mettre au lit, à cause d'une raideur du cou très-douloureuse et de crampes fréquentes dans le dos et les jambes. Il ne put rien avaler pendant quatre jours, chaque effort de mastication ramenant des crises douloureuses. Il avait été saigné le 2 octobre.

A son entrée, l'aspect tétanique était très-caractérisé, le front était couvert de rides permanentes, et les commissures des lèvres contractées. Les mâchoires n'étaient séparées que par l'intervalle d'un pouce à peu près. La respiration était rapide, exclusivement thoracique. Les muscles abdominaux étaient tendus et douloureux à la pression; le dos était courbé en arc; les muscles de cette région

[1] *British medical Journal* (21 mars 1868).

étaient rigides, il en était de même de ceux des jambes, tandis que les bras étaient indemnes. La peau était couverte de sueur et il y avait rétention d'urine. Pouls, 114. Prescription : 1/6e (0gr,01) d'extrait de fève de Calabar dans un gros (4 grammes) d'eau à prendre toutes les quatre heures; régime tonique et stimulant : thé de bœuf très-fort; lait; 8 onces (250 grammes) de vin de Porto, et eau-de-vie 4 onces (64 grammes).

Le soir, le pouls était tombé à 94, mais les accès n'étaient séparés que par des intervalles de quelques minutes, et se reproduisaient sous l'influence du moindre bruit. On alimenta le malade au moyen d'une sonde œsophagienne et on vida la vessie par le cathétérisme.

Le 4 octobre. Même état. Le malade souffre un peu moins, et de temps à autre il a pu imprimer quelques mouvements à ses jambes.

Le 5 octobre. La visite de ses amis a ramené les accès qui sont presque incessants, et les muscles sont plus contractés que la veille. Les pupilles sont dilatées, et la sensation de la lumière est pénible. La dose d'extrait est portée à un tiers de grain (0gr,02); la dose de vin et d'eau-de-vie est doublée.

Le 6 octobre. Comme le malade a présenté des vomissements, on suspend l'administration du médicament par la bouche et on prescrit, toutes les deux heures, une injection hypodermique d'un tiers de grain (0gr,02) d'extrait de fève de Calabar dissous dans 18 minimes d'eau (0gr,75).

Les effets de la première injection furent très-marqués. Au bout de cinq minutes, les jambes, jusqu'alors raides et immobiles, devinrent souples et flexibles et le malade put les remuer. Les muscles abdominaux devinrent moins tendus, et l'arc spinal disparut. Les pupilles se contractèrent et le pouls tomba à 84. Ces effets persistaient entre deux et trois heures, puis les phénomènes morbides reprenaient le dessus. Continuation du thé de bœuf et de l'eau-de-vie.

7 octobre. Vomissements moins fréquents, mais persistant encore. Les injections sous-cutanées, qui ont été continuées régulièrement toutes les trois heures pendant la nuit, ont été suivies chaque fois d'une complète rémission des accès, qui durait deux heures. Dans la soirée, chaque injection est élevée à la dose d'un demi-grain (3 centigr.).

8 octobre. Nuit sans sommeil, bien que les douleurs soient moindres et que le malade ait pu uriner naturellement. Les vomissements ont disparu et il a pu prendre quelques œufs avec du vin. Le thé de bœuf et l'eau-de-vie sont supprimés; on lui permet des œufs à discrétion et une bouteille de sherry. La fève de Calabar est portée à la dose de trois quarts de grains (4 centigr. et demi) par injection, à répéter toutes les heures, ou, mieux, dès que l'effet de l'injection précédente ne se fera plus sentir.

9 octobre. Les injections ont été continuées toutes les deux heures, et elles ont réussi à prévenir la rigidité musculaire et le retour des accès; seuls, les muscles de l'abdomen et du dos restent contracturés. Les pupilles sont très-contractées et le malade a de temps en temps du délire. Il prend bien la nourriture prescrite.

Son urine est chargée de phosphates. L'injection occasionnant de la douleur et du gonflement du tissu cellulaire au voisinage des piqûres, on essaye la solution, qui donne une réaction acide, et on y ajoute quelques gouttes de liqueur de potasse. Dès lors, les injections ne déterminent plus de douleur.

10 octobre. Le malade ayant déliré toute la nuit, et le pouls s'étant élevé à 148, on suppose que ces phénomènes sont dus au médicament et on le suspend pendant sept heures. Mais alors les accès, qui avaient cessé, reviennent, et très-fréquents, et il faut revenir aux injections. Le soir, le pouls a baissé à 125; mais les injections doivent être répétées toutes les deux heures, leur effet ne se maintenant plus aussi longtemps.

11 octobre. La dose de chaque injection est élevée à 1 grain (6 centigr.).

12 octobre. Pendant la nuit, on a ajouté à chaque injection de fève de Calabar un tiers de grain (2 centigr.) de morphine. Les effets sont les mêmes : les accès sont modifiés, mais pas de sommeil.

13 octobre. Cette nuit, la morphine a amené le sommeil, et le matin il y a un soulagement marqué. Pouls à 92; le visage est calme; il n'exprime plus la souffrance; les accès sont éloignés. Le malade prend douze œufs et deux bouteilles de sherry en vingt-quatre heures.

15 octobre. Comme la peau est très-sensible à la suite d'injections si multipliées, et que tout danger a disparu, on les suspend et on los remplace par un suppositoire contenant 1 grain et quart (7 centigr. et demi) d'extrait de fève, qu'on remplace toutes les heures, et la morphine est continuée toute la nuit.

Depuis cette époque, avec les suppositoires pour tout traitement, le malade guérit peu à peu; mais il a présenté de la rigidité musculaire jusqu'au 1er novembre. Les suppositoires furent peu à peu éloignés, puis supprimés; de petits abcès se manifestèrent là où les injections avaient été multipliées. Le malade sortit le 30 novembre.

Remarques.— Bien que ce ne soit pas un cas de tétanos à forme des plus aiguës, la gravité de ce fait était évidente, et la guérison doit être attribuée au médicament. Si la fève de Calabar n'a pas arrêté la maladie, elle a au moins remédié aux symptômes les plus urgents, et, en faisant avorter les accès, a réussi à empêcher l'asphyxie et mis obstacle à la terminaison funeste. La supériorité de la méthode hypodermique est très-évidente, car l'injection, même à petite dose, agissait toujours presque immédiatement sur l'accès, tandis que, par la bouche, il fallait des doses considérables, et le médicament n'était plus toléré.

Nous ferons remarquer que les trois faits de tétanos traumatique que nous avons cités l'année dernière [1] avaient été observés chez

---

[1] *Bullet. de Thérap.*, t. LXXII, p. 277, et t. LXXIII, p. 471.

des enfants, et la méthode hypodermique n'avait pas été employée. Il nous semble que là est une indication précieuse de cette méthode, car on peut répéter fréquemment l'administration du médicament, qui agit au bout de cinq minutes, et fait disparaître l'accès, bien qu'il ne puisse le prévenir.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau procédé d'opération du phimosis par la dilatation. Nous tenons à signaler un nouveau procédé d'opération du phimosis facile à appliquer chez les nouveau-nés et les enfants, qui réalise un grand progrès puisqu'il supprime toute opération sanglante. Cette méthode, qui est fondée sur la dilatation, vient d'être employée avec succès plusieurs fois par M. Nélaton.

Voici comment se pratique l'opération du phimosis : L'enfant chloroformé, l'orifice du prépuce est soumis à une dilatation considérable que l'on obtient avec une pince à trois branches et qui permet de rabattre le prépuce derrière le gland. Dès lors, la réduction se maintient et la guérison persiste.

Avant de procédé à l'opération, et dans le but de se rendre compte des difficultés qui peuvent se présenter, le chirurgien explore, à l'aide d'un stylet la cavité du prépuce, reconnaît les adhérences, puis l'instrument bien graissé est introduit à travers l'orifice du prépuce. On le fait cheminer lentement autour de la couronne du gland, et pendant cette manœuvre, on peut suivre tous ses mouvements à travers les téguments. A ce moment, les anneaux de la pince sont instantanément rapprochés, les branches s'écartent, et on a la conscience d'une résistance vaincue que l'on peut comparer à la sensation qu'on éprouve dans l'opération de la fissure à l'anus par la dilatation. La pince est alors extraite, et on peut immédiatement rabattre le prépuce en arrière de la couronne du gland. Si on examine avec soin les parties sur lesquelles a porté l'instrument, on reconnaît qu'il s'est produit, sur le feuillet muqueux du prépuce, quelques légères éraillures linéaires d'une étendue qui varie de quelques millimètres à 1 centimètre, éraillures sans profondeur, bornées à la membrane muqueuse ; du reste, pas de vaisseau divisé, pas d'écoulement de sang.

Le pansement est des plus simples : une couche légère de cold-cream est appliquée sur le prépuce qui est ramené dans sa position normale. Cinq ou six fois par jour, principalement au moment de la miction, on découvre le gland en repoussant en arrière le prépuce. Cette petite manœuvre se fait sans difficulté ; elle doit être répétée pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

L'enfant est maintenu au repos pendant un jour ou deux. La tuméfaction œdémateuse qui survient ordinairement dans les premières heures, se dissipe d'elle-même dès le second jour.

Chez les quatre enfants opérés par M. Nélaton, on a eu recours à l'usage du chloroforme. Nous croyons cependant que, dans un grand nombre de cas, on pourrait se dispenser d'y recourir ; l'opération est tellement rapide que la douleur ne peut être de longue durée. Cependant il est des circonstances où, pour rendre la manœuvre plus facile et éviter une souffrance légère à des enfants pusillanimes, il sera nécessaire d'employer le chloroforme.

L'essai n'a encore été tenté qu'une fois sur l'adulte : il a échoué ; mais il faut espérer que ce procédé, qui n'est qu'à son début, se perfectionnera. (*Gaz. des Hôpitaux.*)

Accidents produits par l'application de la chaux et du sel ammoniac. Une personne de notre connaissance se trouvant, il y a quelque temps dans une ville du Midi, fut prise d'un mal de gorge assez violent, et recourut, comme elle l'avait fait souvent ici d'après l'indication de son médecin, à l'application

des poudres sudorifiques; dix minutes après, elle ressentit des douleurs assez vives pour qu'elle se vit obligée d'enlever la toile cirée et le coton ; cette opération une fois faite, les douleurs persistant, elle eut l'idée de se faire des lotions d'eau froide, alors elle eut une sensation de brûlure qui dura quelques heures. — Le lendemain, elle fit appeler le médecin qui constata des eschares aux deux pieds, par suite desquelles elle est condamnée à garder le lit. — Que s'était-il passé? — Le pharmacien, au lieu de donner de la chaux éteinte, avait délivré de la chaux vive, qui avait absorbé la transpiration fournie par les pieds, et avait effectué sa transformation en dégageant 200 degrés de chaleur. — De là il faut conclure que, dans les localités où on n'a pas recours chaque jour comme à Lyon aux poudres sudorifiques, le médecin agira prudemment en ne pas oubliant de prescrire — *chaux éteinte* et sel ammoniac, — au lieu de chaux et sel ammoniac. (*Journal de médecine de Lyon*.)

Grindelia robusta; son emploi avantageux dans l'asthme. *Grindelia robusta* est le nom d'une plante sur laquelle nous avons en vain cherché des renseignements dans les divers ouvrages de botanique et dictionnaires d'histoire naturelle et de matière médicale que nous avons en notre possession. Cette plante, paraît-il, croît abondamment en Californie, principalement dans les sites élevés. Elle pousse une tige droite, non rameuse, d'un pied ou deux de hauteur, avec des feuilles courtes, un peu roides, et un capitule sphérique de fleurs au sommet; elle appartient à l'ordre des *composées*. On la reconnaît facilement à une goutte ou deux de fluide résineux, d'apparence laiteuse, que l'on voit constamment attachées au calice. Mise dans la bouche, elle développe une saveur balsamique; et son odeur est aromatique ou balsamique.

On en prépare, en Amérique, un sirop avec une forte décoction de la plante, sirop qui n'est pas désagréable au goût, et qui agit sensiblement sur les organes pulmonaires, en favorisant l'expectoration.

Le professeur Henri Gibbons, dans le *Pacific medical and surgical Journal*, rapporte le cas d'un membre du clergé, qui, depuis six ans, était torturé par un asthme des plus violents. Après avoir épuisé toute la série des remèdes ordinairement invoqués dans cette affection, il essaya, avec l'autorisation de son médecin, le sirop de *Grindelia robusta*, à la dose d'un verre à vin, en se mettant au lit. Il dormit profondément cette nuit-là, et, pendant les sept mois qui suivirent, continuant à user de ce remède, il n'avait pas passé une seule nuit hors de son lit. Jusque-là, il avait toujours souffert davantage à l'approche de la saison des pluies; cette année, il a franchi cette époque dans un état de bien-être relatif satisfaisant.

Traitement de la fièvre intermittente par la strychnine. Le docteur Pearson Nash, chirurgien de l'armée anglaise dans l'Inde, a eu l'idée d'essayer la strychnine dans les cas rebelles au quinquina et à l'arsenic, et il a pleinement réussi. Il rapporte un certain nombre d'observations concluantes; trente-six malades ont été guéris à l'hôpital par ce médicament.

La dose qu'il prescrit est la suivante: un quinzième ou un vingtième de grain à répéter quatre fois par jour, et la guérison survenait au bout de quelques jours. Chez deux jeunes filles, âgées, l'une de onze et l'autre de treize ans, il n'a prescrit qu'un trentième de grain. La plus jeune a été guérie en six jours, et l'autre au bout de dix.

Le grand avantage de cette méthode de traitement, c'est l'économie : 4 drachmes de strychnine ont suffi pour traiter trente-six soldats, tandis que trente-six autres avaient consommé pour leur guérison 40 onces (280 grammes) de sulfate de quinine. (*Lancet*.)

Sur la distribution de l'alcool dans l'organisme. Plusieurs physiologistes ont institué des expériences sur les animaux, afin de décider de quelle manière l'alcool qui leur était administré se distribuait dans les diverses parties de leur organisme; mais jusqu'à ce jour les résultats obtenus ne peuvent être considérés ni comme suffisants, ni comme décisifs. Les auteurs français, Lallemand, Perrin et Duroy, constatèrent que, dans le cerveau et dans le foie, on trouve une plus grande quantité d'alcool que dans le sang; dans les autres organes, des traces seulement de ce liquide. Ils formulèrent, dès lors, cette opinion : que le cerveau et le foie ont une propriété élective toute particulière pour l'alcool.

Le docteur Schulinus, au contraire,

serait, par des expériences assez exactes, arrivé à des résultats tout opposés à ceux publiés par les expérimentateurs français. Les sujets de ses expériences furent des chevaux et des chiens.

Au moyen de la sonde œsophagienne, il leur introduisait dans l'estomac une grande quantité d'alcool à 45 pour 100; dix ou quinze minutes après, le narcotisme était si avancé, que les animaux ne pouvaient plus se tenir sur leurs jambes; quelques instants encore et le narcotisme était complet; ils gisaient les membres relâchés, et rien, sans la respiration profonde et les battements du cœur, n'aurait révélé l'existence de l'animal.

On sacrifia les sujets soumis aux expériences en leur insufflant de l'air dans la veine jugulaire externe, ensuite l'on soumit à l'examen, pour la recherche de l'alcool, le sang et les organes, tels que les poumons, le cerveau, les muscles, le cœur, le foie, les reins, etc. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'exposition de ses procédés d'expérimentation, nous contentant de rapporter le résultat final :

1° La distribution de l'alcool dans l'organisme est uniforme ;

2° Le sang renferme, proportionnellement, plus d'alcool qu'aucun des organes ;

3° L'alcool est pour la plus grande partie détruit dans l'organisme animal ;

4° La quantité d'alcool non altérée, susceptible d'être expulsée par les reins, les poumons et la peau, est très-minime, par rapport à la quantité absorbée. (*Revue médicale.*)

Sur la préparation de la pepsine. Un estomac de porc frais, et, s'il est possible, pris encore chaud, est *doucement* lavé avec de l'eau. Les glandes à pepsine sont situées au fond de l'organe, et cette position se reconnaît facilement à sa couleur foncée et à son épaisseur plus grande. Séparant la membrane muqueuse de la couche musculaire, on la place sur une table, la surface sous-muqueuse située en dessous. Fixant alors une extrémité du lambeau de muqueuse avec la main gauche entourée d'un linge, on râcle avec force la surface muqueuse au moyen d'un couteau mousse ; on a soin de ne pas enlever toute la substance glandulaire, ce qui donnerait un mélange de tissu conjonctif. L'estomac d'un porc adulte fournit ainsi 30 grammes de matière semi-fluide, que l'on agite pendant cinq minutes dans 150 grammes d'eau distillée, et que l'on fait macérer pendant un quart d'heure à la température de 37 degrés centigrades. On ajoute 1 ou 2 gouttes d'acide chlorhydrique, on filtre à travers un linge fin, et, après avoir laissé précipiter les cellules, on obtient ainsi un liquide presque limpide. On peut encore laisser dessécher le résidu obtenu par le grattage, en l'exposant à une température qui ne dépasse pas 50 degrés centigrades. On peut, avec la substance desséchée, reconstituer un liquide aussi actif que le précédent, en ajoutant de l'eau, quelques gouttes d'acide chlorhydrique, puis faisant de nouveau digérer ce liquide à 37 degrés centigrades, et filtrant. La substance desséchée peut, d'ailleurs, se conserver longtemps dans un flacon bien bouché, sans subir de décomposition. (*Med. Times* et *Gaz. hebd.*)

Bons effets des injections hypodermiques de morphine dans un cas de tumeur fibreuse de l'utérus, s'accompagnant de douleurs excessives. Il n'y a, en somme, rien de bien digne d'attention dans ce fait, si ce n'est, et cela vaut la peine d'être noté, que les injections sous-cutanées de morphine produisirent les meilleurs résultats, alors que le même alcaloïde et divers autres opiacés avaient été administrés inutilement par les voies ordinaires. L'injection hypodermique est donc une ressource sur laquelle on peut compter, lorsque toutes les autres font défaut par un motif ou par un autre.

Dans ce cas, il s'agit d'une pauvre femme atteinte de corps fibreux de l'utérus, lequel lui occasionnait les douleurs les plus insupportables, paraissant résulter d'efforts expulsifs de la matrice pour se débarrasser de la masse contenue dans sa cavité. L'administration de l'opium sous toutes ses formes, par la bouche, n'ayant eu, à peu près, d'autre effet que de fatiguer l'estomac, M. Mils injecta un tiers de grain de morphine sous la peau de l'hypogastre, au niveau de la tumeur. Au bout de trois minutes, la douleur, qui, auparavant, était déchirante, se trouva parfaitement calmée. L'injection fut ensuite répétée deux fois par jour, en allant progressivement jusqu'à un grain, dose qu'il ne fut pas nécessaire de dépasser. Par ce moyen, les derniers jours de cette malheureuse femme,

qui ne tarda pas à succomber, furent délivrés des affreuses souffrances auxquelles elle était en proie. (*British med. Journ.*, 15 fév. 1868.)

Intoxication par le bromure de potassium. Nul doute que le bromure de potassium, pris à doses élevées, variables, d'ailleurs, suivant les individus, ne soit susceptible de produire des accidents toxiques graves. Il est donc utile de rechercher les cas de ce genre qui peuvent se présenter, et de les signaler à l'attention des médecins, maintenant que ce médicament entre dans la pratique courante, comme aussi de noter les doses sous l'influence desquelles l'intoxication aura paru se produire. Déjà, le docteur Marcq, de Belgique, a publié un cas, sous le titre de *bromisme*, qu'il rapproche des faits d'iodisme publiés par Rilliet. Namias, de Venise, a pu observer également des accidents chez un épileptique, auquel il faisait prendre quotidiennement 14 grammes de bromure, accidents qui ont disparu par la suppression du médicament. Aujourd'hui, voici un autre fait, communiqué par le docteur Hameau à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux, lequel mérite d'être mentionné à son tour. Peut-être ne permet-il pas de conclure absolument à la réalité d'une intoxication bromurienne, et l'auteur ne le donne comme tel qu'avec une certaine réserve; mais, néanmoins, il est utile à connaître à titre de renseignement, et, si l'on veut, d'avertissement.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans, d'une complexion assez délicate, d'un tempérament lymphatique nerveux, devenue épileptique, à l'âge de dix-sept ans, à la suite d'une grande frayeur, au moment d'une époque menstruelle: puis mariée à dix-neuf ans et devenue mère, l'année suivante, d'un enfant bien portant, sans avoir cessé de tomber dans ses attaques,

M. le docteur Hameau, qui l'observa pendant plusieurs mois des années 1865 et 1866, put constater qu'elle avait plusieurs grandes attaques par mois, à retours irréguliers, mais du vertige épileptique beaucoup plus fréquemment, revenant tous les deux ou trois jours, et parfois à plusieurs reprises dans la même journée; en même temps, dysménorrhée habituelle, mais sans lésion appréciable de l'appareil génital. Le valérianate d'atropine, les bains froids, les douches, puis le bromure de potassium, à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme, n'amenèrent aucun résultat.

Au 1er novembre 1866, sous la direction cette fois du docteur Cassou, le bromure de potassium fut repris, par quantités croissantes de 2 à 16 grammes par jour, de telle sorte que, de cette date du 1er novembre à la fin d'octobre 1867, la malade en avala plus de 2 kilogrammes en solution. Sous l'influence de cette médication, les grandes attaques diminuèrent d'abord d'intensité, puis disparurent à peu près, mais en laissant persister le vertige, qui resta aussi fréquent que par le passé.

Mais, ayant rencontré la malade vers la fin de septembre 1867, le docteur Hameau, qui ne l'avait pas vue depuis longtemps, fut frappé de son amaigrissement, de son teint jaunâtre, cachectique, et de la couronne de papules cuivrées qui couvraient son front et se répandaient sur le cuir chevelu. Depuis trois mois elle était gastralgique, éprouvait des coliques, une toux sèche fatigante, de la sécheresse au gosier; elle perdait le sommeil et l'appétit. Quinze jours après, notre confrère, mandé en toute hâte, le docteur Cassou étant malade, la trouva couverte d'une sueur visqueuse, abondante, asphyxiant et délirant, ayant le pouls petit, très-fréquent, des douleurs violentes dans l'estomac et l'hypogastre. La malade mourut la nuit suivante. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, mars 1868.)

Tumeur érectile très-volumineuse de la région thoracique droite; extirpation; guérison. Jeune homme de vingt ans, d'une constitution robuste, d'une santé excellente, entré à la clinique de Strasbourg, le 10 juin 1867, porteur de deux tumeurs érectiles volumineuses. Une de ces tumeurs s'était développée, dès son bas âge, à la partie externe de la région thoracique postérieure droite; l'autre s'était montrée, à l'âge de six à sept ans, à la partie antérieure de cette même région. Ces tumeurs ayant peu à peu augmenté de volume, un chirurgien entreprit, il y a quatre ans, l'extirpation de la première; mais une hémorrhagie inquiétante obligea à laisser l'opération inachevée. Depuis, la partie non enlevée continua à se développer, et aujourd'hui ces tumeurs gênent, surtout la

postérieure, le jeune homme dans ses travaux.

La tumeur antérieure, située en dehors et au-dessous du mamelon droit, s'arrête, en dehors, au bord externe du muscle grand pectoral; en bas, au bord supérieur de la septième côte. Elle est de forme demi-sphérique, adhérente à la paroi thoracique, indolente, sans changement de couleur à la peau, molle dans sa moitié supérieure, dure dans l'inférieure, et est animée d'un battement d'expansion isochrone au pouls et sensible à la vue. A la palpation, *thrill* intense à la partie supérieure, sensation de crépitation emphysémateuse; à l'auscultation, bruit de diable très-prononcé.

La tumeur postérieure, globuleuse, beaucoup plus volumineuse que la première (15 centimètres de diamètre), est située entre l'angle inférieur de l'omoplate et la dixième côte, sur le bord externe de la paroi thoracique. Teinte bleuâtre de la peau; végétations chéloïdes sur la cicatrice laissée par l'opération tentée il y a quatre ans. Elle est molle, mobile, légèrement douloureuse. Le mouvement d'expansion est plus faible, le *thrill* peu sensible, bruit de diable très-intense.

Le bruit de souffle des deux tumeurs se propage dans tout le côté droit du thorax, au point de masquer, dans leur voisinage, le bruit respiratoire. Bruits du cœur forts, mais normaux; fort bruit de souffle dans la carotide droite.

M. le professeur Sédillot se décide à enlever la tumeur postérieure, et l'opération est faite le 19 juin, le malade ayant été chloroformé.

L'éminent chirurgien incise la peau suivant une ligne courbe distante de 1 centimètre du bord antérieur, dissèque, vers la profondeur, la lèvre convexe de l'incision, et tombe sans peine sur la base de la tumeur. Plusieurs petites artérioles sont liées; deux lobules de la tumeur, blessés pendant la dissection, produisant un écoulement de sang assez abondant, sont étreints par des pinces presse-artères. La séparation de la base de la tumeur n'est pas sans difficulté; car ses nombreux lobules, gonflés par le sang, s'implantent profondément dans les interstices des faisceaux du grand pectoral et du grand dentelé. Chaque petit vaisseau coupé est aussitôt lié. Arrivé sur le milieu de la base d'implantation, M. Sédillot prolonge l'incision cutanée, de manière à contourner les bords supérieur et inférieur de la tumeur. En haut et en bas, deux artérioles assez volumineuses sont coupées entre deux ligatures. La tumeur est ensuite réclinée en arrière et bientôt détachée. Les hémorrhagies formidables qui avaient paru à craindre ont été ainsi évitées.

La plaie, mesurant 17 et 18 centimètres et demi de dimension, fut pansée avec des boulettes de charpie imbibées d'eau de Pagliari. Tout se passa bien à la suite, et le 10 juillet, l'opéré, assuré de sa guérison, quittait l'hôpital, la plaie mesurant encore 9 et 11 centimètres de diamètre. La tumeur antérieure n'a pas changé.

La tumeur extirpée était constituée par un nombre considérable de canaux de calibre variable, de structure analogue aux veines, enchevêtrés, s'anastomosant entre eux et présentant des dilatations ampoulaires, le tout formant une sorte de tissu spongieux, dans le sinus duquel se rendaient les artérioles. La tumeur était logée dans un stroma cellulo-graisseux très-dense formé aux dépens du tissu sous-dermique.

Ces tumeurs, suivant les remarques de M. Sédillot, doivent toujours être attaquées à une certaine distance de leur tissu vasculaire spongieux, de peur de les blesser et d'amener ainsi des hémorrhagies difficiles à arrêter: Il faut chercher l'origine des gros vaisseaux qui les alimentent, et les lier, ce qui détermine l'affaissement de la tumeur et en rend la dissection plus facile. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1868, n° 3.)

VARIÉTÉS.

Le conseil général de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les présidents des Sociétés locales:

Paris, le 20 mars 1868.

Monsieur et très-honoré président,

Nous avons l'honneur de vous annoncer que l'assemblée générale annuelle de l'Association générale aura lieu les 19 et 20 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, à Paris.

L'Association n'ayant pas encore de président, le conseil général a cru devoir offrir la présidence de l'assemblée générale à M. le docteur Cazeneuve, l'un des vice-présidents habitant les départements et le plus ancien dans la présidence de sa Société locale.

L'importance des actes que l'assemblée générale doit accomplir cette année fait espérer au conseil général que vous vous rendrez avec empressement à l'invitation que nous avons l'honneur de vous transmettre, ou que, empêché, vous vous ferez remplacer par un délégué, que les statuts vous donnent le droit de désigner.

En vue surtout de l'élection que l'assemblée générale doit faire d'une liste de présentations pour la présidence, il vous paraîtra très-important que la réunion soit cette année plus nombreuse encore que de coutume, afin que le président nommé puisse se considérer à bon droit comme l'émanation et l'expression des vœux de l'Association tout entière.

Nous espérons donc, monsieur et très-honoré confrère, que votre présence et votre concours à l'assemblée générale seront de votre part une affirmation nouvelle et solennelle de l'utilité et des bienfaits de l'Œuvre.

Veuillez agréer, monsieur et très-honorable confrère, la nouvelle expression de nos sentiments dévoués.

Le Vice-Président : Cruveilhier.
Le Secrétaire général : Amédée Latour.

En témoignage de deuil et de regrets de la mort de M. Rayer, le conseil général a cru devoir supprimer cette année le banquet offert à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales.

Mais, pour ne pas se priver d'un contact et d'un rapprochement dont l'expérience a montré les précieux avantages, le conseil général a l'honneur de vous inviter à la *soirée confraternelle* qui aura lieu le dimanche 19 avril, dans les salons du Grand Hôtel, boulevard des Capucines.

Les salons seront ouverts à huit heures du soir.

Assemblée générale des 19 et 20 avril 1868

Qui sera tenue sous la présidence de M. le docteur Cazeneuve, l'un des vice-présidents de l'Association générale, président de la Société locale des médecins du département du Nord.

ORDRE DU JOUR

Séance du 19 avril 1868, à 2 heures précises.

Allocution par M. le président ;

Compte rendu des actes de la Société centrale, par M. le docteur Le Roy de Méricourt, secrétaire de la Société ;

Rapport général sur l'ensemble de l'Association pendant l'exercice 1867, par M. le docteur Gallard, l'un des vice-secrétaires ;

Éloge de M. Rayer, par M. le docteur Amédée Latour, secrétaire général.

Séance du 20 avril 1868, à 1 heure.

Lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale ;

Compte rendu de la situation de la Caisse générale et de la Caisse des pensions viagères d'assistance, par M. le docteur Brun, trésorier général ;

Rapport sur ce compte rendu, par la Commission administrative ;

Proposition relative à la cérémonie de l'inauguration de la statue de Laënnec à Quimper, le 9 mai 1868, par M. le docteur H. Roger, secrétaire de la Commission ;

Elections pour une liste de présentations à la présidence de l'Association générale (les membres présents seuls pourront voter) ;

Rapport sur l'organisation de l'Assistance médicale dans les campagnes, par M. le docteur Barrier, membre du conseil général ;

Discussion de ce rapport ;

Propositions diverses, s'il y a lieu.

Nota. — MM. les présidents ou délégués qui auraient des propositions à présenter à l'assemblée générale sont invités à les faire connaître à l'avance au secrétariat général.

Par décret en date du 11 mars 1868, l'Empereur, sur la proposition du

ministre de la guerre, a promu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. De Finance (Charles), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lyon. Chevalier du 18 juillet 1855 : trente ans de services, dix campagnes. — Doquin (Charles), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux. Chevalier du 7 août 1851 : vingt-neuf ans de services, quatorze campagnes. — Jeannel (Julien-François), pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital de Bordeaux. Chevalier du 21 septembre 1854 : trente-six ans de services, quatre campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Jacquemin (Charles-Hippolyte), médecin-major de 1re classe, surveillant à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg : vingt-deux ans de services, trois campagnes. — Riolacci (Antoine-César-Sébastien), médecin-major de 2e classe au 45e régiment d'infanterie : vingt-quatre ans de services, sept campagnes. — Gasté (Léonard-Hugues-Charles), médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan : vingt-deux ans de services, huit campagnes.

Par décret en date du 11 mars 1868, rendu sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, les médecins de la marine dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Daniel (Alcide-François-Marie), médecin principal de la marine : vingt-deux ans de services effectifs, dont dix-sept à la mer et aux colonies. Chevalier du 25 décembre 1867.

Au grade de chevalier : MM. Moisson (Louis-Félix-Edouard), médecin de 1re classe de la marine : quinze ans de services effectifs, dont dix à la mer et aux colonies. — Riché (Eugène-Edouard), médecin de 1re classe de la marine : quinze ans de services effectifs, dont sept à la mer. — Gailhard (Jean-Baptiste-Charles-Jules), médecin de 2e classe de la marine : quinze ans de services effectifs, dont dix à la mer et aux colonies.

— Par décret du 14 mars ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Gaudin, adjoint au maire de Bastia, membre du Conseil général de la Corse, médecin de l'hospice : vingt-sept ans de services. — Labrousse, maire de Montignac (Dordogne), ancien adjoint, médecin de l'hospice : quarante-quatre ans de services gratuits. Dévouement éprouvé aux intérêts publics. — Bougot, maire de Baulon, membre du Conseil général d'Ille-et-Vilaine : trente ans de services. Exerce la médecine avec le plus louable désintéressement. — Robert, maire d'Indre (Loire-Inférieure) : trente-sept ans de services. Soldat sous le premier empire. A obtenu, comme médecin, deux médailles, dont une en or, pour son dévouement pendant les épidémies cholériques. — Larnaudie, maire de Grèzes (Lot) : trente-six ans de services. Administrateur distingué. Exerce la médecine avec un louable désintéressement. — Comon, maire de Longuyon (Moselle) : trente-huit ans de services, dont vingt-sept comme maire. A obtenu, en qualité de médecin cantonal, une médaille d'or pour son dévouement lors de l'épidémie cholérique de 1866. — Laugier, maire d'Irissarry (Basses-Pyrénées) : quarante ans de services. A réalisé dans la commune des améliorations importantes. Fait preuve, comme médecin des pauvres, du plus louable dévouement.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, a commencé le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'été) le mercredi 25 mars, et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures et demie.

Leçons à l'amphithéâtre, le mercredi à neuf heures.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le professeur Béhier a commencé son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Pitié, le lundi 16 mars, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à neuf heures.

Visites et interrogatoires au lit des malades, tous les matins, à huit heures et demie.

Nous apprenons la mort de M. J.-B. Henrot, mort à Reims, âgé de soixante-dix-huit ans. La profession médicale est héréditaire dans cette famille, qui conserve pieusement les traditions d'honneur et de dignité professionnelle. J.-B. Henrot laisse deux fils médecins à Reims, tous deux anciens internes des hôpitaux de Paris, Adolphe Henrot et Henri Henrot.

Pour les articles non signés, **F. BRICHETEAU.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'utilité des solutions iodées-iodurées et de l'huile de foie de morue dans le traitement des paraplégies trop vite réputées incurables ;

Par le docteur E. Trastour, professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le diagnostic, le pronostic et le traitement des paraplégies sont entourés, dans la pratique, de si grandes et de si nombreuses difficultés, que, malgré l'importance et le mérite des travaux récemment publiés sur ce sujet, en particulier par Brown-Sequard [1] et par Jaccoud [2], il ne me semble pas inutile d'en continuer l'étude, surtout au point de vue thérapeutique.

Brown-Séquard, physiologiste éminent, classe les paraplégies en deux groupes généraux : 1° *paraplégies avec hyperhémie*, et, par conséquent, avec signes d'irritation de la moelle épinière; 2° *paraplégies anémiques*, c'est-à-dire sans indices d'irritation médullaire. Le plus souvent, les paraplégies réflexes sont de cette dernière catégorie.

Il indique, avec beaucoup de soin, à plusieurs reprises, les caractères différentiels des deux groupes. Puis il fait connaître, d'après ses expériences sur les animaux et d'après les résultats confirmatifs qu'il a obtenus chez l'homme, les médicaments qui conviennent à chaque catégorie, insistant fortement sur les dangers qu'un traitement inopportun fait courir aux malades. Ainsi, les paraplégiques du premier groupe sont, dit-il, à leur grand préjudice, traités tous les jours par la strychnine, et les paraplégiques du second groupe par le mercure, l'ergot de seigle et la belladone, ce qui est tout à fait irrationnel.

On trouvera dans ce livre bien des notions intéressantes et beaucoup d'indications utiles pour la thérapeutique des paraplégies.

Malheureusement, les distinctions établies par Brown-Sequard ne sont pas toujours faciles, ni même possibles à retrouver au lit du malade.

En outre, les recherches cadavériques, aidées du microscope, ont

(1) Brown-Sequard, *Leçons sur le diagn. et le trait. des principales formes de paralysie des membres inférieurs*, trad. de Gordon. V. Masson. Paris, 1865.

(2) Jaccoud, *les Paraplégies et l'Ataxie du mouvement*. A. Delahaye. Paris, 1864.

montré dans beaucoup de paraplégies qu'on croyait indépendantes de lésions matérielles du cordon médullaire ou des nerfs périphériques, des altérations très-appréciables. Ainsi, pour les paraplégies qui surviennent dans les maladies aiguës, on a trop oublié, suivant Jaccoud, l'hydrorachis, l'infiltration œdémateuse, la congestion passive qui résultent de l'affaiblissement de la contractilité vasculaire. De même, on ne tient pas assez compte de la méningite et de la sclérose après le rhumatisme, etc. Dans la paraplégie de l'enfance, on paraît s'accorder à admettre soit une lésion de l'encéphale et de ses membranes, soit le plus souvent des lésions de la moelle ou de ses membranes.

Aussi Jaccoud conclut-il, aussi bien pour les paraplégies d'origine périphérique que pour celles qui se développent après des maladies aiguës ou chroniques, que les paraplégies par simple trouble fonctionnel sont extrêmement rares, quoi qu'elles puissent s'expliquer physiologiquement par l'épuisement de l'excitabilité nerveuse (*paraplégies névrolytiques*); dans l'immense majorité des cas, il y a une altération matérielle (p. 453).

L'auteur, toutefois, conserve à peu près, pour la pratique, la division de Brown-Sequard ; mais il a soin de faire à cet égard d'importantes réserves.

« Au point de vue clinique, dit-il, on peut diviser les paraplégies en deux classes seulement et opposer les organiques à celles qui sont indépendantes d'une modification matérielle appréciable dans le centre nerveux rachidien et ses annexes. Cette question primordiale est l'une des plus compliquées, sinon l'une des plus difficiles de la sémiotique, et, pour y répondre, le médecin ne doit négliger aucune source de signes (causes, mode de début, caractères de la paraplégie, marche des accidents). Je ne suis point de ceux, ajoute-t-il, qui pensent que ce diagnostic peut toujours être fait; encore moins puis-je admettre un seul instant que ce jugement soit possible, si l'on ne tient compte que des caractères propres de la paraplégie. Cette exploration, purement physiologique, par laquelle la paraplégie est isolée du malade qui en est atteint, peut suffire à un physiologiste, parce que, dans bon nombre de cas, elle permet d'affirmer l'existence ou l'absence d'une lésion de la moelle, mais elle ne peut satisfaire un médecin; car lorsqu'il s'agit de reconnaître la nature de cette lésion, lorsqu'il faut en déterminer les caractères nosologiques et la rattacher à l'histoire pathologique de l'individu, l'étude attentive du malade peut seule donner les éléments de cette appréciation toute médicale. »

Mais, en attendant, que doivent et que peuvent faire les praticiens vis-à-vis des paraplégiques dont ils ont la charge?

Il est d'abord un point sur lequel les médecins ont, avant tout, besoin d'être rassurés. Tous les jours on découvre de nouvelles altérations matérielles dans la moelle ou dans d'autres parties du système nerveux, pour des affections paralytiques, naguère réputées sans lésions anatomiques. La sclérose des éléments nerveux a même été récemment invoquée pour rendre compte des paralysies hystériques, et il n'est pas jusqu'à la folie dont notre regretté compatriote Marcé n'ait trouvé parfois l'explication dans une altération des tubes nerveux. Il n'est pas probable que là s'arrêtent nos découvertes [1].

Il importe donc beaucoup que toute lésion de la moelle ou de ses enveloppes ne soit pas considérée comme incurable. Il ne faut pas que le diagnostic d'une altération probable du cordon rachidien entraîne d'emblée un fâcheux pronostic et décourage complétement la thérapeutique.

D'après Brown-Séquard, la myélite chronique peut très-souvent être arrêtée ou améliorée, et quelquefois guérie presque complétement.

On savait depuis longtemps que les lésions traumatiques de la moelle sont susceptibles de guérison ; on avait vu les fibres nerveuses, après une section complète, bourgeonner du bout central vers le bout périphérique et l'intégrité des fonctions se rétablir (Flourens, Ollvier (d'Angers), Jobert, Follin, Brown-Sequard) [2]. Mais on doutait encore jusqu'à présent, pour les lésions spontanées de la moelle, de la régénération des fibres nerveuses interrompues.

L'affirmation de Brown sera donc très-favorablement accueillie ; mais on demandera des faits nouveaux à l'appui. Eckhard ayant constaté qu'il n'est pas un muscle qui soit animé par une seule racine motrice, chaque muscle recevant toujours des filets de *deux* ou *trois* racines, ce sera encore un motif, quoique ces racines soient voisines, d'espérer, en cas de myélite, que toutes leurs fibres nerveuses ne sont pas atteintes à la fois (Jaccoud, p. 85).

En second lieu, on perd trop vite tout espoir, à mon avis, dans le traitement des paraplégies. A défaut d'éclatants succès, qu'il

---

(1) Voir Béhier, *Eloge du prof. Rostan*, 1867.

(2) Duchenne (de Boulogne), *Electrisation localisée*, p. 751. — Société de biologie, juin 1851. — Jaccoud, p. 174.

n'est que trop rare de pouvoir obtenir, on devrait encore faire cas des améliorations, plus ou moins marquées, qu'un traitement persévérant peut produire. N'est-ce rien, en effet, que de donner à un paraplégique, condamné à une immobilité absolue, la faculté de se mouvoir par lui-même à l'aide de moyens artificiels ? Les malheureux qui subissent cette triste infirmité apprécient comme un grand bienfait le moindre amendement qu'ils obtiennent.

Mais est-il possible de prescrire une médication active et cependant inoffensive, si, comme il arrive souvent, il reste des doutes, après une étude aussi complète que possible, *de la maladie et du malade*, sur l'état réel du cordon médullaire ou de ses enveloppes ?

Voici ce que Brown-Sequard dit de l'iodure de potassium : « Ce remède n'est pas suffisamment employé dans la paralysie. C'est un des agents les plus puissants d'absorption des fluides épanchés dans la cavité crânio-vertébrale, soit en dehors, soit dans la substance elle-même des centres nerveux. C'est le seul remède connu qui puisse être administré sans danger dans les diverses formes de paraplégie ; il est surtout utile dans le ramollissement blanc dû à une dégénérescence graisseuse des vaisseaux sanguins de la moelle... » Il le prescrit encore, comme adjuvant, dans la myélite, dans la méningite et la congestion rachidiennes, dans l'hémorrhagie de la moelle ; et enfin, bien entendu, dans les cas où il y a lieu de supposer une tumeur, une carie syphilitiques produisant la paraplégie. Si l'on ajoute à cette liste les lésions scrofuleuses du canal vertébral, on voit combien peuvent être nombreuses les applications de ce remède dans la paraplégie.

Il est à remarquer que Brown-Sequard n'en prescrit jamais de fortes doses : 25, 30, 40 centigrammes, deux fois le jour, lui suffisent. Même dans la paraplégie syphilitique, il ne va pas au delà de 75 centigrammes par jour ; seulement le remède doit être pris pendant six mois. Comme à cet auteur, l'emploi des iodiques dans la paraplégie me paraît éminemment utile ; la plupart des maladies qui causent cette infirmité ne peuvent que s'améliorer sous leur influence.

Mais il me semble très-important de rappeler ici une notion thérapeutique qui remonte à Coindet et à Lugol, et que je tiens moi-même de mon savant maître le docteur Moissenet : c'est qu'il y a une différence entre l'action de l'iode, administré à l'intérieur sous forme de solution iodée-iodurée, par exemple, et l'action de l'iodure de potassium administré tout seul. Il n'est pas indifférent de donner l'un ou l'autre de ces médicaments.

En cas de syphilis, ou quand il y a lieu de rechercher des effets résolutifs, prompts et énergiques, je préfère l'iodure de potassium, et je ne crains pas d'en donner d'emblée 2 ou 3 grammes par jour, 5 ou 6 plus tard s'il le faut [1]. Mais quand il s'agit d'agir lentement sur la nutrition, de provoquer peu à peu, dans un organe important atteint de phlegmasie chronique, un travail de résorption, de réparation et de cicatrisation, j'avoue que j'aime mieux recourir aux solutions iodées-iodurées.

Prises avec les précautions que j'indiquerai, elles n'ont aucun inconvénient et peuvent être continuées pendant des années. Depuis plus de dix ans, j'étudie leur action dans une foule d'inflammations chroniques, et je puis certifier leur innocuité. Leur premier effet est de stimuler l'appétit et d'activer les fonctions digestives. Les malades, sous leur influence, prennent vite de la fraîcheur, de la force, et même de l'embonpoint. Au début, le catarrhe iodique, plus tard la gastralgie et la diarrhée, sont bien moins fréquents qu'avec l'iodure de potassium donné à fortes doses. Je n'ai jamais observé ni l'atrophie glandulaire, ni l'amaigrissement, ni les autres accidents d'iodisme dont les auteurs génevois ont parlé.

Etant donnée une paraplégie dont la cause n'est pas parfaitement claire, on ne court donc aucun risque d'instituer d'abord le traitement iodique réparateur, quitte à le compléter plus tard suivant les indications.

Toutes les fois que cela est possible, j'associe l'huile de foie de morue aux solutions iodées-iodurées, pour agir plus efficacement sur la lésion de nutrition que je suppose exister dans le cordon médullaire. L'utilité de cet agent, dans un certain nombre d'affections des centres nerveux, me paraît, en effet, désormais incontestable.

Obs. I. — *Paraplégie datant de quinze mois ; incurvation latérale, peu marquée, du rachis ; guérison par l'usage interne d'une solution iodo-iodurée et de l'huile de foie de morue.* — Douarnès, tonnelier, âgé de dix-huit ans, a perdu peu à peu l'usage de ses jambes, sans coup, sans chute dont il ait le souvenir.

Au début, faiblesse, engourdissements ; peu ou pas de douleurs dans le dos, seulement quelques douleurs dans les côtés de la poitrine. Hémoptysie peu abondante, à une ou deux reprises.

Le 17 décembre 1863, quand je le vis pour la première fois chez

---

(1) Trastour, *De l'utilité de l'iodure de potassium dans les ulcères des jambes*, 1858. — *Journal de méd. de la Loire-Inférieure*, p. 209.

lui, rue Lenôtre, n° 6, il était au lit depuis dix mois. Il avait séjourné, à diverses reprises, à l'Hôtel-Dieu, où des cautères lui avaient été appliqués le long du rachis sans aucun résultat.

Il y a impossibilité absolue de remuer volontairement les membres inférieurs ; mais les jambes se roidissent et se rétractent spontanément, ou sous l'influence d'une excitation extérieure, sans que le malade ait la faculté d'arrêter ou de faire cesser cette contraction anormale. Il faut que la mère du malade lui étende et lui allonge les jambes quand elles sont ainsi fléchies.

La sensibilité des membres inférieurs est engourdie ; la perception des sensations tactiles et de la douleur est lente et faible.

Il y a un peu d'incontinence d'urine, une légère érection, presque permanente. du pénis ; paresse du rectum.

Il n'y a pas de point douloureux, à la pression, sur le rachis.

Les apophyses épineuses, examinées avec soin, ne présentent aucune saillie anormale ; mais, en les suivant avec le doigt de haut en bas, on constate une légère incurvation de la colonne vertébrale, la convexité tournée du côté droit.

Pas d'apparence d'abcès par congestion.

Pas de signes de tubercules pulmonaires; cependant, il y a des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement; une grande pâleur de visage; pas de fièvre.

Je conseille au malade, pour tout traitement, l'huile de foie de morue (d'abord une à deux cuillerées par jour), et la solution suivante :

Pr. Iode	1	gramme.
Iodure de potassium	4	—
Eau distillée	250	—

Le malade en prend progressivement deux, puis quatre, puis six cuillerées à café par jour, dans de l'eau de feuilles de noyer ou de l'eau vineuse (un demi-verre), au moment des repas.

Ce traitement fut strictement suivi ; il fut seulement nécessaire d'y ajouter l'usage de l'eau de goudron au milieu de janvier, attendu que les urines étaient troubles, épaisses et d'odeur ammoniacale.

Une amélioration assez rapide se produisit; six semaines après le commencement du traitement, le malade put remuer volontairement les jambes. Au bout de quatre mois, il marchait tout seul avec des béquilles. Enfin, le 28 mai, je fus fort surpris de le trouver dans la cour de sa maison; il avait pu descendre un étage. L'état général s'était aussi fort amélioré.

L'iode fut continué seul pendant quelques mois encore. En janvier 1864, le malade avait repris son état de tonnelier et pouvait aller du quai des Fauneurs à Launay, où est son atelier, sans grande fatigue, faisant ainsi environ 2 kilomètres matin et soir.

Je l'ai revu au mois de novembre 1866; il n'a pas cessé de travailler. Il semble avoir perdu de sa taille ; maintenant la courbure vertébrale est manifeste ; l'épaule droite est plus saillante ; mais il ne reste pour ainsi dire aucune trace de la paraplégie.

Réflexions. — La lésion vertébrale que j'admis, au début du traitement, comme probable, me semble aujourd'hui irrécusable. On voit qu'il ne convient pas de s'en rapporter trop exclusivement au signe classique de la saillie d'une ou de plusieurs apophyses épineuses pour l'altération des vertèbres. On conçoit très-bien qu'une lésion latérale puisse ne pas causer la déformation caractéristique du mal de Pott. Je n'ai pas noté l'état des apophyses transverses; mais je me souviens qu'après plusieurs examens attentifs, nulle tuméfaction, nulle matité anormales n'avaient été reconnues par moi le long de la colonne vertébrale.

Vu l'absence d'abcès par congestion, il est à présumer que nous avons eu, dans ce cas, la forme infantile du mal de Pott, c'est-à-dire une *infiltration tuberculeuse,* plutôt qu'une carie de la colonne vertébrale, à moins que ce ne fût un de ces cas de polyarthrite vertébrale, avec ramollissement et affaissement des disques intervertébraux, sur lesquels Broca, après Ripoll, de Toulouse, vient de rappeler l'attention de la Société de chirurgie.

Quoi qu'il en soit, le succès de la médication iodée-iodurée et de l'huile de foie de morue a été évident et rapide, autant que l'insuccès des révulsifs locaux avait été complet et prolongé.

Aussi saisirai-je cette occasion pour intercéder en faveur des malheureux atteints du mal de Pott, la suppression, déjà réclamée par bien d'autres observateurs avant moi, des cautères, des moxas et de tous les moyens locaux du même genre. La médication interne suffit le plus souvent quand la guérison est possible; et des révulsifs superficiels, au premier rang desquels je mets la teinture d'iode, réussissent souvent pour éteindre une douleur passagère qui survient près du foyer de la lésion vertébrale.

En tout cas, pour la cure de ce mal comme pour beaucoup d'autres tumeurs blanches, les dérivatifs, les révulsifs n'ont, à mes yeux, qu'une valeur secondaire; bien plus, ils peuvent nuire, s'ils débilitent les sujets.

J'ai réussi, dans cinq ou six autres cas au moins, à guérir des malades qui présentaient, à des degrés divers, des phénomènes de paraplégie dus à une altération des vertèbres. Plusieurs de ces malades n'ont pris que des solutions iodées-iodurées, l'huile de foie de morue n'étant pas acceptée ou tolérée par eux. Je ne leur ai fait subir aucun traitement topique douloureux.

Outre la difficulté du diagnostic anatomique dans le fait qui précède, on doit remarquer les signes de myélite ou de méningite rachidienne, tels que la contracture des membres paralysés, l'état de

demi-érection du pénis, qui auraient pu faire porter un pronostic plus grave.

Mais une légère méningo-myélite, par propagation phlegmasique, s'ajoutant à la compression, n'empêche point la guérison de la paraplégie par lésion vertébrale.

Bouchard, interne distingué des hôpitaux de Paris, qui a publié, en 1866, une étude intéressante des dégénérations secondaires de la moelle épinière [1], ayant trouvé, dans quatre cas sur cinq, des contractures des membres inférieurs avec le mal de Pott, a noté aussi qu'elles n'étaient point d'un fâcheux pronostic. Seulement, il est souvent difficile de distinguer, en l'absence de commémoratifs précis, si ces contractures, même lorsqu'elles sont tardives, dépendent d'une propagation à la moelle ou à ses membranes d'une inflammation vertébrale; ou si, comme l'auteur le suppose, elles sont plutôt la conséquence de l'*altération nerveuse atrophique* que subissent certains points de la moelle, inférieurs à la portion primitivement lésée.

Dans tous les cas, ce qu'il importe le plus de savoir, c'est que ces contractures ne doivent pas nous décourager.

Obs. II. — *Paraplégie datant de dix-huit mois, causée par une fracture de plusieurs vertèbres; amélioration par un long traitement.* — Violin (Pierre), âgé de vingt et un ans, charpentier, demeurant rue Saint-Clément, 94, tombe, le 28 octobre 1864, de trente à trente-cinq pieds de hauteur, tout droit sur ses pieds.

Paralysie instantanée et complète des membres inférieurs; perte de connaissance pendant une heure; paralysie de la vessie; cathétérisme pendant dix ou douze jours; urines longtemps fétides; constipation opiniâtre; deux vastes eschares au siége; pas de sensations aux jambes durant deux ou trois mois; après ce temps, douleurs senties d'abord aux pieds, puis aux genoux, puis aux hanches, puis au sacrum. Le médecin qui le voyait, M. Peyré, avait annoncé dès le début une fracture de plusieurs vertèbres.

Un assez grand nombre de médications, presque toutes extérieures, ont été tentées pour combattre la paraplégie. Aucune amélioration n'a été obtenue, et, depuis longtemps déjà, le malade ne fait plus rien, quand je le vois, pour la première fois, le 27 avril 1866.

Voici ce que je constate :

Membres inférieurs. 1° *Sensibilité.* — Elle est altérée jusqu'à la crête iliaque. Anesthésie et analgésie à peu près complètes. Quand on ferme les yeux du malade et qu'on le pince ou le touche sur les membres inférieurs, il ne dit point exactement quelle est la partie qui a été pincée ou touchée.

---

[1] Bouchard, *Arch. gén. de méd.*, mars, avril, mai, septembre.

Les yeux restant ouverts, le malade a quelques sensations tatiles, mais non les sensations de douleur et de température. Le chatouillement n'est aussi senti que si les yeux sont ouverts. Souvent le malade ne sent pas où sont ses jambes dans son lit.

2° *Motilité.* — Les mouvements volontaires, généraux ou partiels sont nuls; mais il y a des mouvements réflexes très-fréquents et très-énergiques, spontanés ou provoqués par les diverses sensations que nous avons passées en revue.

Les muscles ne sont pas atrophiés; la chaleur est conservée et la couleur de la peau est normale.

Vessie et rectum. — Le malade ne se sent point uriner ni aller à la garde-robe. Les urines ne coulent point cependant continuellement, mais de temps en temps, sans que le malade puisse les retenir.

Il y a très-souvent des érections.

Colonne vertébrale. — Les quatre dernières vertèbres dorsales semblent bien avoir été lésées; leurs apophyses épineuses, un peu saillantes, forment une convexité marquée, où il reste encore un peu de douleur à la percussion et à la pression.

Me fondant sur de nombreux succès, obtenus par moi antérieurement, à l'aide des solutions iodées-iodurées, dans les phlegmasies chroniques des os et des articulations, et supposant que la moelle pouvait bien être encore comprimée par un cal trop volumineux, j'ordonnai au malade, outre l'huile de foie de morue :

Pr. Iode	2	grammes.
Iodure de potassium	10	—
Eau distillée	250	—

M. f. dis.

Une cuillerée à café, trois fois le jour, dans quelques cuillerées de vin rouge et d'eau avant le repas.

Au bout de quatre mois, Violin commença à remuer seul les orteils; à diverses reprises, à des jours différents, il put lever un peu l'une de ses jambes.

Le 24 août, je l'électrisai; les muscles parurent se contracter tous sous l'influence du courant d'induction, transmis par des éponges mouillées; mais la sensibilité fut à peine éveillée, sauf dans la région hypogastrique, même par le balai et les pointes de cuivre.

Le 31 août, les mouvements de tous les muscles des membres inférieurs sont très-sensibles sous l'influence de l'électricité; la sensibilité de la peau est bien faible, et, quand le malade a les yeux fermés, il ne peut dire exactement à laquelle de ses jambes on le touche, ni, à plus forte raison, quel est le point touché.

Bientôt des mouvements volontaires, capables de soulever les membres inférieurs, deviennent possibles; ils peuvent être répétés deux ou trois fois de suite, mais pas davantage; le malade épuisé ne retrouve que le lendemain cette légère faculté motrice.

Je laisse, après une quinzaine de jours, Violin s'électriser tout seul; et bientôt je lui recommande de ne s'électriser que de deux

jours l'un, en raison d'un certain épuisement produit aussi par les contractions électriques.

Au mois de décembre 1866, je fais suspendre momentanément l'iode; pendant les mois d'hiver, Violin prend régulièrement deux cuillerées d'huile de foie de morue par jour. Pour soutenir son courage et tenter de hâter les progrès de l'amélioration commencée, j'ordonne successivement la strychnine (1, 2 milligrammes chaque soir) le nitrate d'argent (1, 2 centigrammes), la belladone (2 à 4 centigrammes). Je reviens, en 1867, à la médication strychnée; l'extrait alcoolique de noix vomique, poussé jusqu'à la dose de 30, 40 centigrammes par jour, a produit des mouvements réflexes énergiques dans les membres inférieurs du trismus, etc. Après un mois d'usage, je cesse cette médication comme les précédentes, sans avoir rien obtenu de satisfaisant.

Mais un présent inappréciable est fait au malheureux jeune homme : un appareil, confectionné pour son usage, et des béquilles, lui permettent de se tenir debout, de marcher sans que les genoux fléchissent. Soutenu d'abord par deux aides, il devient bientôt assez fort et assez habile pour marcher tout seul. Il porte, à son gré, chaque jambe en avant, en arrière, l'une après l'autre, ou les deux à la fois; il a pu souvent cet été aller, dans un jardin voisin, s'exercer et prendre l'air.

J'espère du temps et des soins ultérieurs, non pas une guérison complète, mais une amélioration plus grande qui rendra à ce pauvre garçon la vie moins pénible.

La vessie et le rectum, conservant des traces de paralysie, dont les conséquences sont fort gênantes pour le malade, attendu qu'il urine et va à la selle souvent sans s'en apercevoir, j'ai songé à l'électrisation intra-vésicale et intra-rectale. Mais la crainte de reproduire la rétention d'urine m'a jusqu'à présent retenu pour la vessie. Quant au rectum, le malade s'est électrisé lui-même sans résultat.

Réflexions. Une fracture de plusieurs vertèbres qui suspend brusquement les fonctions médullaires donne lieu de penser à un grand nombre de lésions intra-rachidiennes : épanchement sanguin; déchirure de la moelle; méningo-myélite; plus tard, compression des fibres nerveuses soit par le cal, soit par des produits organisés *intra* ou *extra*-médullaires.

Pour tous ces désordres, la médication que nous avons employée était rationnelle et a pu être utile.

La moelle, comme centre fonctionnel, présidant à la nutrition et aux mouvements réflexes des organes subabdominaux, paraît avoir récupéré à peu près toutes ses propriétés; mais comme agent de transmission des impressions sensitives d'une part et des incitations volontaires de l'autre, nous n'avons que très-peu gagné.

La communication n'est presque pas rétablie entre le renflement lombaire et la partie supérieure de la moelle.

Les mouvements volontaires des orteils que nous avons notés avant l'emploi de la faradisation, n'ont pris que fort peu d'extension sous son influence; mais, l'exercice aidant, les muscles ont récupéré de leur force et de leur volume.

Quelqu'un qui verrait aujourd'hui Violin pour la première fois aurait peine à juger de l'amélioration qui est survenue dans son état d'infirmité. Mais, pour lui, il en fait grand cas et il en est fort heureux. Il peut se lever, se tenir debout et marcher seul, grâce à son appareil et à ses béquilles, tandis qu'antrefois il ne pouvait, sans l'aide de quelqu'un, quitter sa chaise ou son grabat.

Obs. III. *Paraplégie anémique douloureuse, datant de dix mois; guérison par l'huile de foie de morue et la solution iodée-iodurée.* — Une religieuse, âgée de vingt-six ans, d'une santé assez délicate, quoique n'ayant point eu de maladies graves ni dans l'enfance ni dans l'adolescence, commença à être règlée à l'âge de quatorze ans. Le sang venait très-abondamment pendant huit jours. Des maux de tête habituels, de la tristesse et de la langueur, une susceptibilité nerveuse assez grande se traduisant par des pleurs fréquentes, sans spasmes toutefois, furent la conséquence de cette menstruation exagérée.

A dix-neuf ans, la jeune fille perdit l'ouïe peu à peu sans avoir eu ni fièvre typhoïde, ni abcès accidentel de l'oreille moyenne. — Des sangsues et des vésicatoires furent appliqués et n'empêchèrent point les progrès de cette infirmité. — L'oreille droite est un peu moins mauvaise que la gauche. — Je n'ai pas pratiqué le cathétérisme de la trompe d'Eustache; mais la malade prétend que l'air pénètre dans l'oreille quand elle souffle très-fort, le nez et la bouche étant fermés.

En mars 1866, on met à une jambe trois sangsues seulement, mais qui saignent énormément; depuis quelques mois, la malade avait peine à marcher, en raison de la sensibilité de la peau des pieds. Cette hyperesthésie ne fit qu'augmenter après la perte de sang; un repos forcé, une céphalalgie continuelle et une photophobie extrême en furent aussi les suites.

En août 1866, la malade cessa complétement de marcher. — Divers traitements furent essayés sans résultat.

L'idée d'une lésion organique des centres nerveux fit alors renoncer à toute médication.

Je vis cette jeune fille, pour la première fois, le 1er janvier 1867.

Je la trouvai étendue sur un lit de repos, le dos tourné vers une fenêtre, vu l'impossibilité de soutenir la lumière du jour; elle accusait des douleurs spontanées, très-vives dans les membres inférieurs et dans la tête; le moindre attouchement des pieds, des jambes, était extrêmement douloureux, et la douleur restait

vive longtemps après l'expérience; la sensation de la température était normale; les mouvements volontaires étaient à peu près nuls, en raison surtout de l'excessive douleur dont ils étaient suivis. Cependant, à ma demande, la malade fit un peu mouvoir ses orteils.

Les mains et les membres supérieurs étaient également hyperesthésiés, mais à un moindre degré et seulement depuis le mois d'août.

Les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutaient bien quoiqu'avec un peu de paresse.

Pas de déformation de la colonne vertébrale; seulement hyperesthésie de la peau de la région dorsale, comme des membres.

La malade est pâle et amaigrie, mange peu, est d'une faiblesse et d'une irritabilité très-grandes; on constate facilement, chez elle, du souffle dans les vaisseaux du cou.

J'avoue que mon pronostic fut mauvais; je pensai à une altération organique des centres nerveux, à la sclérose, par exemple, en raison des douleurs si vives, spontanées et provoquées, ressenties par la malade.

Toutefois, je conseillai de tenter l'emploi de l'huile de foie de morue (1, 2 cuillerées par jour) et des solutions iodées-iodurées (iode 2 grammes, iodure de potassium 10 grammes, eau distillée 250 grammes, deux à quatre cuillerées à café par jour, aux repas, dans du vin rouge ou du lait).

Trois semaines après le commencement de cette médication, une amélioration notable s'était déjà produite; les douleurs avaient diminué; la marche était redevenue possible à l'aide de deux bras, mais pour quelques instants seulement; les yeux étaient moins péniblement impressionnés par la lumière, si bien que la malade avait pu écrire à sa mère.

La semaine suivante, le mieux progressait; la marche devint possible avec des béquilles; la céphalalgie diminua; le sommeil, l'appétit, l'embonpoint apparurent.

Au commencement de mars, les règles, qui n'ont jamais été suspendues, étant revenues, sans être néanmoins très-fortes ni très-longues, la malade fut reprise de ses douleurs et se trouva moins bien pendant huit jours environ.

Le traitement fut cependant continué sans modification, sauf que je prescrivis, en outre, des frictions avec de la flanelle imprégnée de vapeurs de Benjoin, sur les membres inférieurs, frictions qui, étant très-douloureuses, furent bientôt abandonnées. Au commencement de mai, la malade était très-bien, marchait sans béquilles et commençait à reprendre les habitudes de la communauté. La dernière époque s'était passée convenablement, sans nouveaux troubles.

Tout récemment, j'ai encore revu cette malade : elle va de mieux en mieux; elle cesse et elle reprend de temps en temps la solution iodée-iodurée; sauf une légère céphalalgie habituelle, elle n'a plus que le souvenir de ses anciennes souffrances et de son infirmité.

Réflexions. — Quelle était, dans ce cas, la véritable cause de la paraplégie? Il est difficile de le dire. Je l'ai rattachée à la chloro-anémie, faute d'une explication meilleure. Mais ce diagnostic pathogénique pourrait être discuté.

La paraplégie elle-même pourrait ici n'être considérée que comme un accident secondaire. La malade ne se servait plus de ses membres inférieurs; elle ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout saus tomber. Mais l'intensité de la douleur perçue dans les mouvements, dans le contact des pieds avec le sol, était le phénomène primordial qui commandait l'akinésie.

Quoi qu'il en soit, cette extrême hyperesthésie, qui était le phénomène dominant chez notre malade, est considérée, par Brown-Séquard comme indiquant ordinairement une lésion des colonnes postérieures de la moelle, détruites dans une petite partie de leur longueur soit par une tumeur, soit par un ramollissement (inflammatoire ou non). Il dit qu'elle existe souvent aussi dans les cas de congestion des méninges spinales ([1]).

Le docteur Jaccoud ([2]) dit, au contraire, que l'hyperesthésie est par elle-même un signe quasi indifférent, parce qu'elle est observée dans des paraplégies tout à fait dissemblables (organiques, hystériques, toxiques).

Mais quand il y a, en touchant un des membres inférieurs, douleur subite dans l'autre, c'est un signe certain de paraplégie organique. Le même auteur cite, d'après Bouchut, un fait de paraplégie anémique, avec hyperesthésie très-marquée de la peau, terminée également par la guérison, à l'aide d'un traitement ferrugineux, institué d'après les conseils de Bouillaud.

J'observe en ce moment quelques autres paraplégiques chez lesquels je ne sais encore quel sera l'effet de la médication que je préconise. Toujours est-il que les craintes plus ou moins fondées de lésions organiques de la moelle ou de ses enveloppes ne doivent pas faire renoncer à la tenter de prime abord dans la plupart des cas, en ayant soin, je le répète, de la compléter plus tard suivant les indications spéciales qui se présenteront.

Sans doute, elle échouera souvent; trop de cas de myélite, de sclérose, de lésions artérielles, d'altérations alcooliques, cancéreuses et autres, résisteront à son action.

---

(1) Brown-Séquard, *loc. cit.*, p. 203.

(2) Jaccoud, *Paraplégies*, 1864, p. 494.

Mais, au moins, de temps en temps, des paraplégies qu'on jugeait incurables seront *améliorées, voire même guéries.*

L'opinion, si fort accréditée autrefois, non sans raison, des effets irritants de l'iode, administré à l'intérieur, ne peut plus être aujourd'hui une objection sérieuse.

On sait, en effet, combien il est facile de prévenir les accidents gastriques que l'iode déterminait jadis.

En le prescrivant, comme je le fais toujours : *aux repas, dissous par l'iodure de potassium, mêlé à du vin rouge, du vin de Madère ou de Malaga, du lait, du café ou du chocolat,* il n'est pour ainsi dire pas de malades qui montrent pour cette médication une répugnance persistante, ou qui accusent, après un long usage, des douleurs d'estomac; ces douleurs d'ailleurs cessent sitôt qu'on suspend le remède.

D'un autre côté, je préfère de beaucoup l'emploi, tel que je l'indique, des solutions iodées-iodurées à celui des préparations vantées par les journaux dans leurs annonces.

On sait au moins ce que l'on donne et l'on a une triple garantie de l'état inoffensif de l'iode ingéré, grâce à la présence simultanée de l'iodure de potassium qui le dissout, de l'amidon et du tannin qui se combinent avec lui ([1]).

Du mode d'action de l'emploi du phosphore dans le traitement de l'ataxie locomotrice ([2]);

(Suite et fin.)

Par M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz, chef de clinique à la Pitié.

Après avoir montré quelles étaient les préparations qu'il fallait employer, à quelle dose il fallait administrer le phosphore, et les résultats thérapeutiques obtenus, j'aborde la partie physiologique de cette question et j'essayerai de montrer quelle est l'action médicatrice du phosphore dans l'ataxie locomotrice.

Pour arriver à ce résultat, il nous faudra comparer, d'une part, les lésions qu'on est appelé à combattre dans l'ataxie et, de l'autre, les phénomènes physiologiques que produit le phosphore dans l'économie, et tâcher de tirer de cette comparaison des conclusions pratiques.

([1]) Voir Boinet, *Bull. gén. de Thérap.*, 1861. Debancque, 1851. Anvers.

([2]) Lu à la Société de Thérapeutique dans la séance du 20 mars 1868.

Les lésions de l'ataxie locomotrice nous arrêteront peu de temps ; elles sont maintenant trop bien connues pour que nous insistions davantage sur ce point.

Dans l'immense majorité des cas, on pourrait dire dans tous les cas d'ataxie locomotrice progressive, on a trouvé une lésion à peu près identique des cordons postérieurs de la moelle, altération caractérisée principalement par la prolifération de l'élément conjonctif et par la destruction du tube nerveux. C'est la sclérose de la moelle. Le tube nerveux étouffé par l'augmentation progressive du tissu connectif change de forme ; il devient variqueux, la gaîne nerveuse laisse échapper son contenu et les parties constituantes du tube nerveux désorganisé subissent peu à peu les métamorphoses régressives.

Ajoutons qu'ici, en même temps que disparaît l'élément nerveux, disparaît aussi cette substance étudiée récemment sous le nom de *protagon*, qui contient une grande quantité de phosphore et qui se dédouble en acide oléo-phosphorique et en *nurine* ou névrine qui elle-même contient une grande quantité de phosphore.

Passons maintenant à l'étude de l'action du phosphore sur l'économie, et ici nous aurons à étudier cette action à trois points de vue différents : action locale du phosphore ; action de ce corps lorsqu'il est administré à petites doses ; enfin, action du phosphore à doses toxiques.

Appliqué localement, le phosphore a une action particulière que les travaux de notre ami M. Ranvier ont parfaitement mise en lumière et qui mérite ici une mention particulière. M. Ranvier a placé des fragments de phosphore sous la peau et dans l'épaisseur des muscles de différents animaux (la grenouille, le cochon d'Inde et le lapin), et jamais il n'a vu se développer de phénomènes inflammatoires autour de ces morceaux de phosphore. Il y a plus, si l'on introduit chez le même animal, d'une part, un petit cube de phosphore et, de l'autre, un corps étranger, même lorsque ce corps étranger est puisé dans un organisme vivant, on obtient toujours des phénomènes inflammatoires du côté de ces derniers, tandis que, du côté du fragment de phosphore, c'est à peine si ces derniers phénomènes sont appréciables. Ces expériences, nous les avons répétées en partie, et nos résultats sont en tous points conformes à ceux de M. Ranvier. D'ailleurs, dans des expériences que j'avais faites sur des lapins pour étudier l'action toxique du phosphore, j'avais été étonné de ce fait : c'est que, chez presque tous les animaux qui succombaient à cet empoisonnement,

je ne trouvais à la surface de l'estomac et de l'intestin aucune trace d'ulcération ou d'une inflammation vive, ce qui plaidait déjà en faveur de l'action locale peu irritante de cette substance.

M. Ranvier va plus loin encore ; non-seulement il a démontré cette action peu irritante du phosphore introduit dans les tissus à l'abri du contact de l'air, mais encore il admet, pour expliquer cette action peu irritante, que le phosphore, en contact avec les cellules, enlève à ces dernières la propriété de subir l'irritation formative, s'oppose à la multiplication des éléments cellulaires, et empêche ainsi ce mode d'inflammation que les Allemands ont caractérisé d'intersticiel et dont le caractère principal est la multiplication des éléments cellulaires du tissu connectif du stroma. Voilà pour l'action locale.

Donné, à l'intérieur, à petites doses, le phosphore produit des phénomènes d'excitation qui portent particulièrement sur l'ensemble du système nerveux, et on voit les individus soumis à la médication phosphorée éprouver une activité plus grande dans leurs mouvements ; ils sont plus souples, plus dispos, leurs mouvements ont plus de force ; mais ce qu'il faut surtout noter, c'est que, si ce médicament a une action excitante, il n'agit pas d'une façon bien manifeste sur la circulation. Ainsi, chez un homme auquel j'avais administré 10 milligrammes de phosphore (10 capsules d'huile phosphorée de 1 milligramme), le pouls a été noté de quart d'heure en quart d'heure pendant deux heures. Avant l'ingestion, le malade avait 68 pulsations, au moment de l'ingestion 70, puis après, nous notions le nombre suivant de pulsations : 70, 68, 66, etc. ; enfin, au dernier quart d'heure, nous en trouvions 65. Ainsi donc, dans ce cas, le pouls, au lieu d'augmenter, aurait plutôt diminué. J'ai répété souvent ces expériences, et tantôt j'ai trouvé une très-légère augmentation et tantôt une très-légère diminution, de telle sorte qu'il me paraît résulter de tout ceci qu'à petites doses (de 1 à 10 milligrammes), le phosphore n'agit pas d'une façon très-active sur la circulation. Je soumets d'ailleurs à la Société une série de tracés sphygmographiques qui montre bien ce que j'avance ; c'est à peine si l'on observe une modification dans le tracé de la partie supérieure de la pulsation, modification qui tient, je le crois du moins, à ce que, pour ne pas faire modifier la pression de l'appareil, le sphygmographe est resté appliqué chez le même individu pendant toute la durée de l'expérience. La température ne s'élève pas beaucoup non plus, et chez le même individu, qui avait pris en une seule fois 1 centigramme de phosphore, elle

est restée stationnaire. Chez un lapin de taille moyenne, qui, depuis le 1[er] mars, prend du phosphure de zinc, et chez lequel la dose a été progressivement élevée à 25 milligrammes de cette substance par jour, le thermomètre de M. Potain, introduit dans l'anus deux heures après l'administration de cette dernière dose de phosphure de zinc qui correspondrait à 3 milligrammes de phosphore actif, nous a donné une température de 39°,3.

La même recherche faite chez un autre lapin de même taille et qui n'avait pris aucune matière phosphorée nous a donné une température de 38°,9, ce qui fait une différence de 4 dixièmes en faveur du lapin soumis aux préparations phosphorées. Ainsi donc, comme on le voit, l'action du phosphore, au point de vue de la circulation et de la température, si elle existe, est à peine sensible.

Il n'en est pas de même de l'action sur le système musculaire. Chez ce même lapin, auquel on fait prendre du phosphure de zinc dès le quatrième jour de nos expériences (l'animal prenait 1 milligramme de phosphure), on pouvait constater une excitation très-notable du système nerveux, et qui se traduisait par une agitation considérable, par une hyperesthésie telle que, lorsqu'on le touchait, il faisait des bonds prodigieux ; il luttait et mordait même les personnes qui lui administraient le phosphure. Cette excitation s'est maintenue jusqu'à ce moment.

L'excitation se montre aussi du côté des organes génitaux, et, depuis les travaux d'Alphonse Leroy, le phosphore est rangé parmi les médicaments aphrodisiaques les plus puissants que nous possédions. Ici, les expériences sur l'homme et les animaux sont nombreuses.

Ainsi, M. Delpech a promptement ramené les désirs génésiques et les érections chez les individus intoxiqués par le sulfure de carbone par l'emploi du phosphore. Alphonse Leroy (1), Franz Bouttatz (2), Sorge (3) ont expérimenté sur eux-mêmes le phosphore, et tous ils ont noté une excitation des désirs génésiques.

Chez les animaux, les mêmes phénomènes ont été notés et on a vu des chiens, des coqs, des canards, des grenouilles même éprouver les mêmes effets génésiques. Cependant, ces phénomènes sont loin d'être constants, et chez les malades que j'ai soumis à la médication phosphorée, ils ne se sont pas toujours montrés. De plus,

(1) *Mémoires de la Société médicale d'émulation de Paris*, 1797, t. I[er], p. 259.

(2) Franz Bouttatz, *Ueber den Phosphorals-Arzneimittel*. Gœttingue, 1800, p. 99.

(3) *Der Phosphor*, von D[r] Sorge, p. 125.

M. le professeur Tardieu prétend qu'à dose toxique il ne les a jamais observés (1).

En résumé donc, à petites doses, le phosphore produit une grande excitation du système nerveux, une augmentation dans la vigueur musculaire, un bien-être intellectuel, et quelquefois une excitation des parties génitales, sans grande augmentation dans la circulation ni dans la température.

Quant aux symptômes qui apparaissent dans l'empoisonnement phosphorique, je m'y arrêterai peu, et cela pour deux raisons : la première, c'est que, dans la médication phosphorée, nous évitons, autant que faire se peut, de développer de pareils symptômes ; la seconde, c'est qu'à mon avis on ne peut tirer des phénomènes développés par l'action toxique d'un médicament que peu de conclusions par rapport à ce même médicament lorsqu'il sera employé à doses thérapeutiques ; et s'il me fallait un exemple, je n'aurais qu'à signaler ce qui s'est passé sous nos yeux aux dernières séances de la Société de thérapeutique, où on nous a montré que la digitale avait sur la circulation une action tout opposée lorsqu'elle était administrée ou à doses thérapeutiques ou à doses toxiques.

Au point de vue du phosphore, il me suffira de dire qu'à dose toxique il produit un ralentissement très-notable de la circulation, de l'ictère, des hémorrhagies, et quelquefois des phénomènes convulsifs.

Maintenant que nous connaissons, d'une part, les lésions de la moelle dans l'ataxie, et, de l'autre, les effets physiologiques du phosphore, il nous faut conclure, et je crois cette conclusion facile. Dans l'ataxie locomotrice progressive, le phosphore agit comme un excitant ; je dirai plus, comme un tonique du système nerveux ; et je partage complétement à cet égard l'avis de M. Tavignot, qui a comparé l'action du phosphore, dans certaines affections nerveuses, à celle du fer dans l'anémie et la chlorose. Si l'une apporte dans les maladies du sang un élément indispensable à sa richesse et à son hématose, l'autre procure aussi au système nerveux un élément indispensable, et que tous les chimistes ont trouvé en grande partie dans la substance nerveuse ; mais pour l'ataxie, on peut encore aller plus loin, et on peut se demander, en se fondant sur les expériences de M. Ranvier, si ce phosphore, partie constituante du système nerveux, ne vient pas, par sa présence dans la moelle, non-seulement rétablir une substance qui tend à disparaître, mais

(1) *Des empoisonnements*, par Tardieu et Roussin.

encore empêcher la prolifération de l'élément conjonctif, qui n'est, en résumé, que la sclérose de la moelle.

J'arrive aux conclusions générales de ce travail ; voici comme je crois devoir les formuler :

1° La médication phosphorée paraît avoir une influence favorable dans l'ataxie locomotrice progressive ;

2° Le phosphore agit comme excitant et comme tonique du système nerveux. Il restitue à la substance nerveuse un élément indispensable, et qui s'oppose peut-être par sa présence à la prolifération de l'élément conjonctif ;

3° On doit commencer l'administration du phosphore à petite dose (1 milligramme) et élever graduellement les doses sans dépasser toutefois la dose de 1 centigramme ; cesser lorsque apparaissent les troubles du rôle digestif ;

4° Les capsules soit d'huile phosphorée, soit d'éther ou de chloroforme phosphoré, sont un mode fort commode d'administrer le phosphore et qui permet de doser très-facilement ce médicament.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'encéphalocèle congénial;

Par le docteur A. Ripoll, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse.

L'encéphalocèle congénial est une maladie, heureusement rare, mais qui cependant s'offre assez fréquemment à l'observation des chirurgiens, pour qu'il soit nécessaire de la bien connaître dans ses manifestations les plus ordinaires, de façon à ce qu'elle puisse être assez facilement diagnostiquée. Une erreur dans ce sens est, en effet, presque toujours, l'occasion d'une intervention malheureuse, qui a pour conséquence immédiate de compromettre sérieusement la vie des malades quand elle ne détermiue pas la mort.

On trouve dans l'histoire de cette affection, assez incomplétement décrite, il faut le dire, un certain nombre de faits parfaitement authentiques, qui démontrent d'abord combien facilement, avec les éléments insuffisants de diagnostic que nous possédons, une erreur peut être commise, même par les plus expérimentés, ensuite et surtout combien est toujours fatale l'action chirurgicale.

Dans l'espace de trois ans il m'a été donné d'observer deux faits dont l'analogie a été frappante, à divers points de vue, et qui ont

été pour moi un grand enseignement, en ce sens que deux fois j'ai eu l'occasion de constater la difficulté du diagnostic et de voir confirmé le résultat désastreux des tentatives faites pour la guérison.

J'ai pensé que cet enseignement ne devait pas profiter à moi seul, et qu'il y aurait grand avantage, pour la science et pour la pratique, à publier ces deux faits dans tous leurs détails en les rapprochant de quelques cas publiés déjà par nos devanciers ou nos contemporains, mais malheureusement, je le répète, trop superficiellement signalés. On verra que l'encéphalocèle congénial paraît se rattacher à un état morbide particulier, probablement constant, et affecte, dans son mode de développement et dans ses manifestations définitives, une forme assez bien déterminée ; de telle façon, qu'en étant bien prévenu, le chirurgien pourra, ce me semble, désormais, poser sans difficulté un diagnostic certain, garantie précieuse de la conservation de la vie des malades de l'avenir.

Mais avant de relater les deux cas qui ont été soumis à mon observation, je ne crois pas inutile de résumer, en quelques mots, l'état actuel de nos connaissances sur l'encéphalocèle. De ce résumé ressortiront, je pense, l'intérêt qu'ils présentent et la lumière qu'ils apportent dans l'histoire de la maladie qui nous occupe.

On désigne sous le nom d'*encéphalocèle* la hernie de l'encéphale à travers une ouverture de la boîte crânienne.

Cette ouverture peut être le résultat d'un accident, et l'encéphalocèle est dit alors *traumatique* ou *accidentel*. Nous ne nous occupons pas de cette variété, dont les caractères anatomiques sont précis et le diagnostic presque forcé.

L'ouverture à travers laquelle se produit l'encéphalocèle *congénial*, dont il est ici question d'une manière exclusive, coïncide avec un défaut d'ossification, et a son siége ordinaire au niveau des sutures des os du crâne ; je dis *ordinaire*, car on a vu, exceptionnellement, cette ouverture à la région postérieure sur la *continuité* de l'occipital. Or, cet os s'ossifiant de bonne heure, il est probable que l'encéphalocèle se développe à une époque éloignée de la naissance. Partout ailleurs, c'est au niveau des sutures ou des fontanelles que la maladie se produit ; on ne connaît guère que le fait signalé par Billard (*Traité des maladies des enfants*) où un encéphalocèle très-volumineux remplaçait la portion écailleuse du temporal.

En 1838, M. Nivet a publié dans les *Archives de médecine* un relevé des cas d'encéphalocèle signalés par les auteurs, par ordre

de fréquence suivant les régions, duquel il résulte qu'à cette époque l'encéphalocèle avait été observé :

A l'occiput	16 fois.
Au front	6 —
Au niveau de la fontanelle antérieure	2 —
— — postérieure	2 —
— de la suture lambdoïde	2 —
— — fronto-unguéale	1 —
— de la portion écailleuse du temporal	1 —

Mais M. Nivet, ainsi que les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, se borne à un simple énoncé du fait observé. Dans les deux cas que je signalerai tout à l'heure, nous verrons quelle est la marche que suit la tumeur pour venir faire saillie au dehors, et quelle est la cause probable, sinon évidente, de la production de la hernie.

Quoi qu'il en soit, l'ouverture osseuse une fois franchie, l'encéphalocèle s'accuse sous la peau par une tumeur qui affecte des formes diverses et une étendue variable dans son développement, de façon à déterminer à la face, lorsqu'elle se produit dans ses confins, des déformations particulières.

Etudiée dans ses éléments, la tumeur est constituée par les enveloppes de l'encéphale contenant, comme dans un sac, tantôt seulement de la sérosité, tantôt une portion plus ou moins considérable de la substance cérébrale seule, ou présentant à son centre, par suite d'une sorte de dédoublement, une quantité variable de liquide encéphalique; d'où le nom d'*hydro-encéphalocèle* donné à la maladie par quelques chirurgiens.

Considérée dans ses manifestations physiques, la tumeur est décrite par les auteurs d'une façon souvent fort incomplète et encore plus souvent fausse; ainsi s'explique comment ont pu être commises de si fréquentes erreurs de diagnostic.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les deux figures qui représentent les deux faits que j'ai observés et que la lecture attentive des auteurs démontre ne pas être les seuls de ce genre, bien loin de là [1], pour se convaincre de ce que j'avance, pour constater combien peu, dans certains cas, que tout me porte à penser devoir être les plus fréquents, combien peu, dis-je, la symptomatologie décrite par les auteurs se rapproche de la vérité.

Dans le Compendium de chirurgie, l'un des ouvrages les mieux

(1) Guersant, Morcau, etc., ont cité des cas analogues.

faits, et où la maladie qui nous occupe est peut-être le mieux traitée, on lit, t. II, p. 543 :

« L'encéphalocèle se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, sans changement de couleur à la peau, étroite à sa racine, et comme pédiculée. Son volume peut être celui d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de poule; il est plus considérable encore dans certains cas, et particulièrement dans ceux où la poche renferme le cervelet tout entier.

« Cette tumeur est molle ; quand on la comprime, elle s'affaisse et semble disparaître en partie, ce qui tient à la rentrée du liquide dans la cavité crânienne. La fluctuation est, pour cette raison, un peu difficile à percevoir; quelquefois, cependant, on la trouve encore assez bien, parce qu'après avoir diminué sous les doigts, la tumeur cesse de s'affaisser et conserve le volume qui lui reste.

« L'encéphalocèle présente souvent de la transparence; un de ses caractères les plus importants est d'offrir des pulsations isochrones à celles du pouls et de prendre une certaine expansion sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant. Ces battements et ces expansions sont la conséquence du double mouvement de l'encéphale en rapport avec la circulation et la respiration. Malheureusement, leur existence n'est pas constante, et il en peut résulter des erreurs dans le diagnostic. . . . .

. . . .

« Les signes fonctionnels sont à peu près nuls lorsqu'on ne touche pas la tumeur; mais si on vient à la presser pendant quelque temps, de manière à faire rentrer une partie du liquide, il en résulte une compression du cerveau, et par suite des vomissements, de la somnolence, quelquefois des mouvements convulsifs, etc., etc. ». . .

Les causes de l'encéphalocèle ont été jusqu'ici mal définies; le fait de la hernie à travers des os incomplétement ossifiés a paru la conséquence d'un arrêt de développement ou d'une maladie de la boîte crânienne; mais l'anomalie osseuse ne rendant pas suffisamment compte de la hernie de la substance cérébrale qu'aucune force extérieure contractile et expulsive ne pousse à faire issue au dehors, on s'est rejeté sur la formation simultanément irrégulière des os et de l'encéphale, et ici a surgi l'influence de l'imagination de la mère, etc. On verra, par les deux observations qui vont suivre, s'il ne serait pas possible que l'encéphalocèle fût la conséquence d'un état pathologique de l'encéphale dont l'existence a été parfaitement établie par l'ouverture cadavérique de nos deux petits sujets, si

cette affection ne paraît pas devoir être attribuée à un *excès* plutôt qu'à un *arrêt* de développement.

Obs. I. Il y a trois ans, on conduisit à l'Hôtel-Dieu un enfant âgé de cinq ans environ, très-bien portant, d'une intelligence normale, présentant depuis sa naissance une tumeur multilobulaire située à la racine du nez et sur sa face latérale gauche, s'étendant jusque dans l'orbite du même côté dont le globe oculaire était déjeté en dehors.

Les renseignements fournis par les parents étaient assez vagues. La tumeur avait été constatée à la naissance, mais elle était moins volumineuse; et, à une époque postérieure, elle l'avait été plus qu'au moment actuel. L'enfant n'avait jamais accusé de douleur; son développement s'était fait sans entrave, et c'était seulement comme difformité que cette tumeur excitait la sollicitude des parents.

Procédant à la détermination de la nature de la maladie, voici quel fut le résultat de mon examen : La tumeur est constituée par trois tumeurs secondaires séparées par une portion légèrement étranglée, mais paraissant parfaitement dépendantes les unes des autres. La première, du volume de la moitié d'une noix, située à la racine du nez, entre les deux sourcils, dont l'écartement est plus considérable qu'à l'ordinaire ; la seconde, du volume d'une noisette, sur sa face latérale gauche; la troisième, moins facile à délimiter, dans la cavité orbitaire du même côté. Le cercle orbitaire correspondant présente un diamètre plus considérable. La totalité de la tumeur est située sous la peau, nullement modifiée ni dans son épaisseur ni dans sa couleur; elle est complétement indolente, non fluctuante, mais d'une certaine mollesse; légèrement rénitente. Elle n'est réductible sur aucun de ses points ; sa compression ne détermine aucun phénomène spécial; elle n'est pas transparente; il n'y a aucune pulsation ni mouvement d'expansion, spontanés ou provoqués.

Avec tous ces éléments contradictoires de la présence de l'encéphale, était-il permis, dans l'état de nos connaissances actuelles, de voir dans cette tumeur un encéphalocèle? L'idée qui m'en était venue, au premier aspect, fut franchement éloignée et mon diagnostic fut celui-ci : *Kyste multilobulaire, ou polype fibreux venant des fosses nasales et faisant saillie sous la peau, par suite de la destruction ou de la déviation d'une partie du squelette.*

Je soumis le cas à mon collègue Estevenet, qui porta le même diagnostic, et, comme moi, fut d'avis qu'il fallait tenter l'opération,

avec tous les ménagements commandés par le *voisinage* probable de la tumeur avec le cerveau.

Une ponction exploratrice n'ayant rien amené, une incision fut pratiquée obliquement suivant le grand axe. J'isolai facilement de la peau, par la dissection, les deux lobes de la tumeur les plus superficiels, me réservant d'enlever ensuite le troisième siégeant dans l'orbite. Le lobe latéral inférieur étant saisi avec une érigne, fut relevé et sa face profonde disséquée. Une incision pratiquée alors sur sa propre substance, pour éclairer le diagnostic encore incertain, montra qu'il était constitué par une sorte de tissu fibreux formant une espèce de coque à cavité à peine indiquée, d'où je n'eus même pas conscience qu'il s'écoulât la moindre parcelle de liquide; cela ressemblait à un vieux kyste à parois épaisses et adossées, actuellement vide et n'ayant pas de communication avec une cavité qui existerait dans les autres lobes. Les deux petites tumeurs, disséquées en dessous, furent relevées vers le front et je redoublai de soins minutieux dans ma dissection. Tout à coup, je vis au-dessous de mon bistouri, au niveau de la racine du nez, à gauche, une lamelle de tissu cellulaire, de forme circulaire, soulevée par des battements; j'y portai le doigt et constatai que cette lamelle de tissu était adhérente, dans son pourtour, à une ouverture osseuse arrondie d'un centimètre de diamètre qu'elle fermait comme un diaphragme, et à travers laquelle je sentis le mouvement d'expansion du cerveau! La tumeur ne tenait plus que par quelques brides celluleuses; j'en achevai l'excision; seulement, m'étant aperçu que le troisième lobe se prolongeait en arrière au-dessous de l'ethmoïde, je ne crus pas devoir aller plus loin. La plaie fut réunie, et un pansement fut fait; le malade fut porté dans son lit. Il n'avait, pendant tout le temps de l'opération, présenté aucun phénomène particulier; il fut facile de le consoler, et, pendant vingt-quatre heures, il ne survint aucun accident; il eut même quelques instants de gaieté et joua avec son père qui le gardait. Le lendemain matin, nous constatâmes un peu de tendance à l'assoupissement; dans l'après-midi, tout à coup, il poussa un cri et mourut.

A l'autopsie, une dissection minutieuse me permit de constater l'existence d'un double encéphalocèle.

En rapprochant par la pensée la partie excisée de ce qui reste, on a la certitude qu'il y avait, en définitive, deux tumeurs; une première formée d'un seul lobe, existant à la racine du nez; une seconde, bilobulaire, dont le lobe principal était dans l'orbite, et le

ENCÉPHALOCÈLE CONGÉNIAL.



plus petit, sorte de diverticulum du premier, sur le côté du nez, uni par des brides celluleuses au lobe isolé constituant la tumeur frontale.

La tumeur intra-orbitaire étant incisée, on tombe dans une cavité sphérique de un demi-centimètre environ de diamètre, contenant de la sérosité limpide. Les parois de la poche, d'un centimètre d'épaisseur environ, étant disséquées à la périphérie, on constate qu'elles sont adhérentes au pourtour d'une ouverture osseuse ayant la forme et la dimeusion d'une grosse fève. La dissection ayant détruit sur un point les adhérences, on a la conscience que, par cette ouverture, on communique avec la cavité crânienne.

Le cerveau étant mis à découvert, on constate que *l'hémisphère gauche est plus volumineux que le droit ;* les méninges sont injectées, mais il n'y a d'épanchement d'aucune sorte, ni production de lymphe plastique. Le cerveau étant enlevé, couche par couche, on trouve sa substance hyperhémiée ; *le ventricule gauche est dilaté* et rempli de sérosité limpide ; du côté droit, il ne présente rien d'anormal. Arrivant à la base du cerveau, on trouve, à gauche et touchant la ligne médiane, les méninges plissées et s'enfonçant, doublées de la substance cérébrale, vers les fosses nasales à travers une ouverture en forme de cœur de carte à jouer, de 2 centimètres environ de diamètre, dont le sommet est tourné en arrière, et traversée par une saillie médiane constituée par l'apophyse crista-galli. La moitié gauche de cette ouverture communique avec la cavité orbitaire correspondante dont la paroi interne n'existe pas. A l'extrémité antérieure de la moitié droite, existe une ouverture circulaire d'un centimètre de diamètre, perpendiculaire à la première, formée par l'écartement des os frontal et nasal et faisant communiquer directement en avant la cavité crânienne avec l'extérieur. Il ne reste plus de la lame criblée de l'ethmoïde, de chaque côté de l'apophyse crista-galli, que sa moitié postérieure ; c'est à ses dépens que s'est produite la grande ouverture. Les bords en sont circonscrits par le frontal contourné sur lui-même en lame arrondie et éburnée. Les fosses frontale et sphénoïdale, mais surtout la cavité orbitaire gauches, sont de beaucoup plus grandes que celles du côté droit.

Ces dispositions anatomiques nous permettent de déterminer la marche suivie par la hernie et ses rapports définitifs avec les parties qui l'avoisinent. La hernie, formée par le sommet antérieur de l'hémisphère gauche, unique à son départ au niveau de la lame criblée, s'est aussitôt bifurquée ; une portion, faisant issue à travers l'interstice fronto-nasal droit, est venue s'étaler sur la racine du nez ;

une autre, plus considérable, passant par la suture fronto-maxillaire gauche, s'est logée dans l'orbite, occupant la place de l'unguis, la partie la plus élevée des fosses nasales, et se creusant un lit dans l'apophyse montante du maxillaire repoussée en bas et en arrière, de telle façon que ses deux tiers supérieurs n'existent pas; puis, se retournant sur elle-même en se bilobant, est venue s'accoler à la tumeur du côté droit, s'étalant sur les parois externe et antérieure du nez repoussées vers le vomer.

Obs. II. Dans le mois de janvier dernier entra, dans le service de la clinique, un enfant de deux mois et demi à trois mois parfaitement conformé, jouissant d'une parfaite santé et donnant déjà des signes d'intelligence en rapport avec son âge. Il était amené par sa mère à l'occasion d'une tumeur située sur le côté droit de la face, tumeur dont il ne paraissait pas incommodé, disait-elle, et qui existait depuis la naissance avec la forme et le volume actuels, à peu de chose près, mais qui constituait une difformité considérable; elle aimait mieux exposer son enfant aux chances d'une opération, quelles qu'en fussent les conséquences, que le voir vivre avec sa maladie.

Examinée en détail, la tumeur présente les caractères suivants : La tumeur qui fixe surtout l'attention (car il y en a deux autres plus petites dont nous parlerons après avoir décrit celle-ci) a le volume d'un œuf de pigeon; son grand diamètre est dirigé de haut en bas, et de gauche à droite; elle est en quelque sorte couchée sur la face latérale droite du nez, dont l'aile correspondante est abaissée et déprimée; elle déborde un peu, à gauche, la côte du nez et s'étend, à droite, jusqu'au milieu du niveau ordinaire de la fosse zygomatique; le grand angle de l'œil, du même côté, est soulevé et repoussé à droite, de façon à diminuer un peu la longueur de la fente palpébrale; en haut, elle remonte à peu près à un demi-centimètre au-dessous de l'arcade sourcilière droite. La tumeur a une base dont les dimensions sont à peine moindres que les axes de cette espèce d'ovoïde. Elle présente un aspect général tourmenté; la peau qui la recouvre et lui adhère intimement dans toutes ses parties, est sans changement de couleur, ridée sur certains points, comme chagrinée sur d'autres; en masse, la tumeur semble flétrie; elle est indolente; plutôt mollasse que rénitente, mais irréductible; il n'y a ni pulsation, ni expansion spontanées ou provoquées; elle est remarquablement transparente.

Sur le côté gauche du nez existent une seconde et une troisième

tumeur séparées par un léger étranglement; elles sont toutes les deux du volume d'un haricot; leur grand diamètre est vertical; la supérieure correspond, surtout, au grand angle de l'œil, et la commissure interne des paupières est un peu repoussée. Ces deux tumeurs, recouvertes par la peau qui leur adhère, sont très-dures, surtout l'inférieure; il n'y a ni pulsation, ni expansion, ni transparence, ni douleur; elles sont toutes deux irréductibles; la peau qui les recouvre est lisse et sans changement de couleur.

Au premier aspect, M. le professeur Batut, chargé alors du service de clinique, diagnostiqua une tumeur érectile; mais ayant constaté la transparence que j'avais remarquée tout d'abord, et que je lui signalais, il réforma aussitôt son jugement et fut d'avis qu'il s'agissait d'une tumeur *kystique* ayant quelque analogie avec celle que j'avais précédemment opérée.

Mon insuccès antérieur éloigna de son esprit l'idée de faire aucune opération *excisive;* mais il crut ne pas devoir rester inactif devant l'abandon de cet enfant fait par ses parents. Considérant, d'une part, l'irréductibilité de la tumeur, qui permettait de supposer l'existence d'un kyste indépendant de l'encéphale, et, d'autre part, les quelques succès signalés de l'injection iodée dans le spina bifida avec lequel le cas actuel pouvait être comparé, si le liquide renfermé dans la tumeur provenait de la cavité crânienne, il pensa être autorisé à la tenter ici. L'opération fut pratiquée le lendemain.

Un petit trocart fut plongé dans la partie la plus déclive et dirigé suivant le grand axe de la tumeur; il sortit par la canule une très-petite quantité de sérosité, à peine la cinq ou sixième partie de ce que le degré de transparence et la capacité probable de la cavité faisaient présumer. Environ une cuillerée à café de teinture d'iode étendue d'eau fut injectée; mon collègue la laissa séjourner quelques instants; puis, après son issue, la canule fut retirée. L'enfant, qui avait pleuré constamment, se consola au sein de sa mère, à qui on le rendit immédiatement.

Dès le lendemain, la tumeur commença à présenter tous les caractères d'un travail inflammatoire profond; on essaya de le modérer par les émollients, mais bientôt se manifestèrent peu à peu tous les symptômes d'une méningite; toute médication fut inutile, et l'enfant succomba le cinquième jour après l'opération.

Autopsie. — La calotte crânienne étant enlevée laisse voir les méninges enflammées avec épanchement séro-purulent dans les interstices. L'inflammation siége presque exclusivement sur l'hémisphère droit hypertrophié; à peine est-elle sensible sur le gauche,

dont le volume est sensiblement moindre que celui de son congénère. La substance corticale du cerveau est un peu injectée; les couches profondes ne présentent rien d'anormal.

Le ventricule droit est dilaté de façon à pouvoir contenir un œuf de poule; il est rempli de sérosité parfaitement limpide, et ne présente aucune trace d'inflammation; le gauche a une capacité normale : la quantité du liquide qu'il contient est en rapport avec elle.

Les tumeurs étant incisées, on voit qu'elles sont formées par une double hernie des organes encéphaliques. Les deux petites tumeurs ne communiquent pas avec la tumeur principale; toutes sont constituées par une couche de substance cérébrale d'un demi-centimètre environ d'épaisseur, recouverte par ses enveloppes méningiennes, et circonscrivant une petite cavité remplie de lymphe plastique; toutes les parties constitutives de ces tumeurs présentent les caractères évidents de l'inflammation.

L'issue a lieu, comme dans l'observation précédente, de chaque côté de l'apophyse crista-galli au niveau de l'articulation du frontal avec l'apophyse montante des maxillaires, à l'aide de deux trous de un demi et de trois quarts de centimètre de diamètre. Dans ces points, les méninges sont froncées et les tumeurs, dans leur totalité, sont tellement étranglées, qu'il y avait certainement impossibilité, sur le vivant, d'en réduire *aucune* partie ni solide ni liquide; il est évident que la teinture iodée n'a pas pénétré dans le crâne et que la méningite est survenue par continuité inflammatoire, de l'extérieur à l'intérieur.

D'aucun côté l'apophyse montante du maxillaire n'existe; c'est dans une gouttière creusée à ses dépens que la tumeur, comme dans le cas précédent, est descendue à la face. Un simple ligament au côté externe se continuant avec le corps de l'os de la pommette, complète des deux côtés, à droite et à gauche, le cercle de l'orbite. A gauche, les tumeurs occupent la place du canal nasal; elles ne communiquent pas avec les fosses nasales, qui en sont indépendantes. A droite, les fosses nasales sont libres aussi, mais leur paroi externe est repoussée contre le vomer; la tumeur est descendue le long de l'ethmoïde, déjetant en dedans le cornet supérieur correspondant.

En somme, à part la méningite, nous retrouvons ici à peu près les mêmes caractères anatomiques que dans la première observation; la différence ne porte guère que sur la forme et le volume des tumeurs, et le chemin qu'elles ont suivi dans leur développement après leur issue de la boîte crânienne.

Si, maintenant, nous les rapprochons l'une de l'autre, ces deux observations me semblent démontrer que l'encéphalocèle congénial est la conséquence d'une maladie intra-utérine du cerveau, déterminant une dilatation des ventricules, et l'issue de l'encéphale, dont le volume exagéré ne lui permet pas de se développer à l'aise dans la boîte crânienne, à travers des ouvertures dont le degré peu avancé d'ossification permet la formation, et qui de préférence s'établissent dans le point le plus faible de la boîte osseuse, la lame criblée de l'ethnoïde. — On sait que, même quelque temps après la naissance, la lame criblée est encore plutôt membraneuse qu'osseuse.

La coïncidence de la dilatation des ventricules et du volume exagéré de l'hémisphère correspondant à la hernie dans les deux observations, autorise à penser que *là* est la cause de l'encéphalocèle et non dans un défaut d'ossification; celui-ci doit être plus raisonnablement considéré comme consécutif à la hernie. Les sutures étant encore très-lâches, les os s'écartent pour la laisser passer, puis, à mesure que se produit la consolidation des os, ceux-ci se moulent en quelque sorte autour de la tumeur, formant ici une ouverture à contours parfaitement circonscrits, là se creusant pour la loger au détriment de leur propre substance.

Mais, à cette lueur jetée sur l'étiologie de l'encéphalocèle ne doit pas se borner le profit à retirer de l'observation de ces deux faits si remarquables; il en ressort plusieurs choses dont il faudra désormais tenir grand compte.

1° L'encéphalocèle congénial, si, comme il est probable, il est le résultat d'une exagération dans le volume du cerveau, doit naturellement se produire à travers les points les plus fragiles de la boîte crânienne; or, la lame criblée de l'ethmoïde est d'une délicatesse telle, qu'elle se prête admirablement à la dépression et à l'écartement de ses éléments; c'est donc au travers d'elle que se fera, de préférence, la hernie; une fois produite, la tumeur cérébrale écartant les os de la face dont les sutures ne sont pas consolidées, viendra faire saillie sous la peau et se logera presque constamment, sinon toujours, sur le côté interne de la cavité orbitaire, sur les faces latérales des fosses nasales et sur les parties voisines de la racine du nez.

L'encéphalocèle doit donc occuper une place importante, *qu'on n'avait pas encore indiquée*, dans l'histoire des tumeurs de la face, et surtout de celles de l'orbite; c'est là un point incontestable qu'il ne faudra pas perdre de vue dans la détermination du diagnostic de ces tumeurs.

2° Ces deux faits prouvent qu'une fois la hernie produite, il se fait au niveau des ouvertures de sortie une condensation sensible plus ou moins considérable du tissu cellulaire qui entoure la tumeur, d'où résulte une sorte d'étranglement en vertu duquel la communication entre la boîte crânienne et la cavité centrale de l'encéphalocèle tend à s'effacer ; la tumeur, ainsi presque indépendante de l'encéphale, ne se développe donc pas par expansion des parois de cette cavité dans laquelle tendrait à pénétrer sans cesse une nouvelle quantité de liquide cérébral, mais en vertu de sa propre vitalité dont l'action est parallèle de celle de l'encéphale, dont elle dépend, malgré son isolement apparent, à ce point que toute tentative thérapeutique exercée sur elle aura un retentissement plus ou moins immédiat sur le cerveau et ses enveloppes.

Ces modifications, subies dans la disposition anatomique de la tumeur, expliquent comment deviennent faux les éléments de diagnostic tirés par les auteurs de la *réductibilité*, de la *transparence*, du *mouvement expansif*, des *pulsations* donnés comme caractéristiques de la maladie qui nous occupe. Mes deux observations font voir que ces caractères sont loin d'être la règle. Sans doute, quand il sera possible de constater l'un ou l'autre, ce sera un renseignement précieux, mais il y a lieu de penser que, désormais, l'analogie du cas observé avec ceux que je signale aujourd'hui jettera sur lui une bien plus vive lumière.

3° Au point de vue du pronostic, si l'on tient compte de l'âge de l'enfant, de l'état de la tumeur démontré par l'autopsie, et du peu d'inconvénients qui paraissaient en résulter pendant la vie, la première observation porterait à penser qu'à moins de violences subies par l'encéphalocèle, celui-ci peut, dans quelques cas, ne pas être incompatible avec le développement physique et intellectuel, et en définitive avec une existence plus ou moins prolongée.

4° Enfin, comme conséquence thérapeutique, ces deux observations confirment ce précepte, que l'encéphalocèle doit être respecté par le chirurgien, et que sa pédiculisation plus ou moins bien constatée, l'isolement plus ou moins apparent de sa cavité centrale, si elle existe, n'autorisent ni l'*excision* ni l'*injection*.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Un succédané du musc.

Le musc joue un rôle important en médecine, et principalement dans la composition des parfums.

Sa production, chaque année, est restreinte; il en résulte que son prix est toujours élevé; il dépasse le chiffre de 3,000 francs le kilogramme.

On a souvent cherché à lui trouver un succédané dans le règne végétal; on a trouvé des racines, des feuilles, des graines qui ont une odeur analogue, mais si fugace, qu'on n'a pu la fixer.

Un naturaliste, qui a parcouru tout le centre de l'Afrique, a rencontré dans ces contrées d'immenses troupeaux d'un petit ruminant de la famille des gazelles.

La fiente de ces animaux prend, en se desséchant, et surtout en vieillissant, une odeur de musc si prononcée, qu'il a pensé qu'on pourrait en tirer parti dans l'industrie. Il nous a prié d'en faire l'analyse.

Cette fiente est sous forme de petits crottins, semblables à ceux du chevreuil d'Europe, irréguliers dans leurs grosseurs, jamais parfaitement ronds, toujours effilés à une de leurs extrémités; leurs poids varient de 10, 12, 15 centigrammes; leur couleur est brune. Lorsqu'on les brise entre les doigts, on voit, au moyen du microscope, qu'ils sont composés de fibres ligneuses dont les dimensions sont variables; parmi eux se rencontrent quelquefois des grains de sable. Ces crottins brûlent difficilement; ils répandent une fumée qui a une odeur herbacée; la cendre contient peu de potasse.

Nous avons traité cette fiente par l'eau, l'alcool, l'éther sulfurique et le sulfure de carbone; nous en avons isolé de la chlorophylle, une matière végéto-animale à odeur de musc, du ligneux.

Cette fiente, réduite en poudre, pourrait servir à composer des sachets aromatiques; macérée dans la glycérine, l'axonge, le beurre de cacao, les huiles fixes, elle parfumerait assez fortement pour entrer dans la fabrication des cosmétiques.

L'alcoolé, suivant nous, fournit un liquide d'une odeur de musc bien plus agréable que celle qu'on obtient avec le musc officinal; sa couleur est verdâtre.

Crottins réduits en poudre.................	200 grammes.
Alcool de vin à 80 degrés..................	800 —

Faites macérer pendant huit jours en agitant de temps en temps ; filtrez.

Un des inconvénients qui s'opposeront à ce que cette substance prenne cours dans le commerce, c'est son origine ; pour l'y introduire, il faudrait en changer le nom ; lui donner, par exemple, celui du pays d'où on la retire.

Là où habite la gazelle dont nous parlons, sa fiente y abonde ; le transport seul serait dispendieux, puisque la substance ne coûterait que du temps pour la ramasser. Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur l'emploi des injections hypodermiques de morphine dans le traitement de l'asthme.

A monsieur le Rédacteur en chef du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Vous avez publié dans la livraison du 29 février du *Bulletin Thérapeutique* quelques lignes *sur l'emploi des injections sous-cutanées de morphine dans le traitement de l'asthme.*

Les résultats que vous avez fait connaître sont fort tentants ; ainsi, plus d'un de vos lecteurs cherchera, sans doute, à les obtenir par l'usage du même moyen.

Ce moyen cependant me semble présenter quelquefois des inconvénients qu'il serait dangereux de méconnaître.

Permettez-moi de vous dire ce que j'en pense et comment je suis arrivé à le penser.

J'ai pratiqué depuis plusieurs années un très-grand nombre d'injections sous-cutanées. Dans ce nombre, j'ai eu affaire aussi à des accès d'asthme que j'ai souvent réussi à enrayer avec les injections de morphine. Mais, j'ai vu une fois un cas d'asphyxie par l'écume bronchique suivre de si près une injection sous-cutanée, que j'ai dû me demander si l'absorption de la morphine, produisant une diminution des forces nécessaires à l'expectoration, n'y a pas été étrangère.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un accès symptomatique d'une affection cardiaque. Le malade était âgé et très-affaibli ; cependant, il avait subi, antérieurement à la terminaison fatale, plusieurs injections, lesquelles avaient, chaque fois, produit les meilleurs résultats.

Ne doit-on pas, par conséquent, prendre en sérieuse considéra-

tion l'âge et l'état des forces, et de plus ne faut-il pas avoir soin de faire l'injection, surtout au début de l'accès, et avant que la sécrétion qui se fait dans les bronches pendant sa durée et surtout vers la fin n'ait eu lieu? Dr LUBANSKI.

Nice, 13 mars.

Le fait de notre honorable correspondant est digne d'être médité et doit nous imposer une prudente réserve dans l'emploi de cette médication. Nous ferons cependant remarquer que dans le fait dont il s'agit, l'asthme était symptomatique d'une affection cardiaque, et la situation étant donnée, le malade devait fatalement succomber à un accès de dyspnée. La médication est-elle coupable dans ce fait? Nous ne le croyons pas. — Nous profitons aussi de cette occasion pour rectifier le répertoire inséré dans le numéro du 28 février (p. 186) : Cette note a été donnée comme résumant la pratique du professeur Hirtz, tandis que ce n'était qu'une analyse d'un travail de M. Lévy de Venise, faite par M. Hirtz à la Société de médecine de Strasbourg. (*Note de la Rédaction.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies des voies urinaires, par M. VOILLEMIER, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de la Société d'observation, de la Société de chirurgie, etc.

Plusieurs chirurgiens, et des plus éminents, se sont élevés avec force contre tout fractionnement de la science, qui aboutit, dans la pratique, à ce que vulgairement on appelle *spécialité*. Ce jugement, ainsi formulé d'une manière absolue, manque évidemment de justesse et d'équité tout à la fois. Qu'un chirurgien (car nous n'entendons parler ici que de la chirurgie, nous serions plus sévère s'il s'agissait de médecine), qu'un chirurgien, après avoir effleuré la science générale, se cantonne immédiatement dans une des spécialités légitimement admises, nul doute que celui-là ne tombe directement sous le coup de la critique des maîtres dont nous venons de parler ; mais il n'en est pas ainsi, quand, après voir embrassé le champ de la science générale et y avoir tracé quelques nouveaux sillons, un chirurgien vient à limiter le champ de ses recherches et se propose le noble but d'arriver par celles-ci à creuser plus profondément certaines questions et à faire progresser du même coup la science et l'art. C'est évidemment à ce second groupe de con-

sciencieux et intelligents pionniers de la science qu'appartient notre savant maître, M. Voillemier ; c'est toujours dans cette direction que tous nous l'avons vu marcher, et le livre dont nous allons succinctement parler est conçu et exécuté exactement dans le même esprit. L'auteur n'y fait point un pas sans s'éclairer des lumières de la science générale, et en illuminer le point circonscrit dont il s'occupe en ce moment.

Une question que quelques-uns se poseront encore en face du nom dont est signé l'ouvrage dont nous allons parler, c'est celle de savoir si M. Voillemier marche sous le drapeau de cette chirurgie à outrance qui ne vit que d'aventures ; ou bien si, fidèle à l'école à laquelle il appartient, il apporte dans ses appréciations et ses préceptes la sage circonspection qui seule assure l'utilité de la pratique chirurgicale comme celle de la médecine proprement dite. Ici, le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'exprime fort explicitement ; et comme cette déclaration de principes marque bien l'esprit du livre et abrégera ainsi notre tâche, qu'on nous permette de le citer textuellement sur ce point : « Quant au droit de critique, dit notre très-distingué confrère, je n'en ai usé qu'avec une extrême modération. Recherchant ce qui était bon, je n'ai point parlé, le plus souvent, de ce que j'ai cru ne l'être pas. Cependant, j'ai regardé comme un devoir de mettre le lecteur en garde contre certaines opérations que leurs inventeurs appellent *progrès*, et qui ne sont, à mes yeux, qu'une chirurgie d'aventures, toute pleine de dangers pour les malades et de regrets pour le praticien honnête. Si je me suis trompé, je me serai trompé de bonne foi. » C'est là une règle de conduite qui, conçue comme précepte et passant dans la pratique, peut prévenir bien des faux pas. Nous avons été heureux de la trouver si explicitement formulée au frontispice d'un ouvrage dont la fortune ne nous semble pas douteuse.

Ce premier volume, dont nous appelons de tous nos vœux le complément, s'arrête aux maladies de l'urèthre, ainsi qu'aux opérations que ces maladies peuvent commander, quand une médecine plus simple n'est point parvenue à en limiter les progrès, ou quand d'emblée elles sont justiciables de la chirurgie. M. Voillemier traite d'abord de l'urétrite ; mais, à la manière dont l'auteur traite cette question, il est visible qu'il a surtout en vue les conséquences que l'inflammation de l'urèthre, spécifique ou non, peut entraîner à sa suite, et qui sont surtout exclusivement de la compétence du chirurgien. On lira avec intérêt sur ce point tout ce qui a trait au cathétérisme, et on lira avec profit la longue leçon critique que le

chirurgien de l'Hôtel-Dieu consacre à la question des rétrécissements et du traitement qui leur est applicable. Nous ne ferons qu'une remarque à ce propos : M. Voillemier, à l'aide d'un instrument particulier, s'efforce, par une opération qu'il appelle *divulsion*, de triompher des rétrécissements dont les moyens simples ne peuvent avoir raison. Il en est de la divulsion, si nous l'avons bien comprise, comme du débridement multiple dans la hernie étranglée comparé au débridement unique. L'idée est ingénieuse ; la pratique l'a-t-elle complétement justifiée ? C'est là une question qui ne sera résolue que quand la méthode aura été appliquée sur une plus large échelle. Dans tous les cas, on a sous les yeux les pièces du procès. L'auteur expose nettement ses propres affirmations, mais il les place en regard de pratiques différentes, et le lecteur peut, en face de cette lumineuse discussion, se former une opinion indépendante.

L'uréthrotomie, dont la place est naturellement marquée à la suite de cette large discussion, l'uréthrotomie, interne ou externe, est toujours une opération grave, ou par les dangers immédiats qu'elle peut entraîner *ipso facto*, ou par l'invincible reproduction de l'obstacle. Notre savant confrère, en homme qui s'est mainte fois mesuré avec les difficultés qu'il signale, s'applique à développer les procédés opératoires divers qui sont commandés par la nature des accidents. C'est ici que la divulsion dont nous parlions tout à l'heure peut recevoir une heureuse application pour lutter contre un tissu inodulaire, qui, tout récent qu'il est, n'en reproduit pas moins le rétrécissement momentanément vaincu, mais qui cède, sans exposer le malade aux conséquences d'une opération plus grave, à la pression violente, mais habilement ménagée de la simple divulsion.

Tout ce qui a trait, dans le travail remarquable de M. Voillemier, à la question des rétrécissements uréthraux, en un mot, porte la marque d'un esprit judicieux et d'un praticien habile. Nous ne saurions trop en recommander la lecture et la méditation à ceux des lecteurs de ce journal que leur position met à même de rencontrer ce traumatisme si sérieux, et qui doivent y remédier. Nous ne savons pas de meilleur guide que l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu, auquel nous puissions les adresser.

Nous regrettons de ne pouvoir faire rien de plus que mentionner, en finissant, une foule de points relatifs aux maladies des voies urinaires, sur lesquels M. Voillemier s'est efforcé de porter la lumière, soit en développant ce que lui a appris sa propre pratique, soit en

reproduisant l'enseignement de maîtres autorisés. Que de remarques judicieuses, que de préceptes sages n'aurions-nous pas à rappeler, soit à propos de la ponction de la vessie, des infiltrations urineuses, des fistules, des fausses routes, des lésions traumatiques de l'urèthre, etc., soit des vices de conformation de ce canal chez l'homme comme chez la femme! Sans doute, nous aurions çà et là à faire quelques réserves restrictives d'un assentiment absolu, autant au moins qu'une expérience limitée en cette matière nous y autoriserait; mais, par contre, combien de fois n'aurions-nous pas à applaudir à la lucidité de la leçon, à la sûreté du conseil, et toujours à l'honnêteté de la forme! Au reste, ce jugement, que nous ne pouvons qu'esquisser, nous sommes convaincu que le lecteur le ratifiera, et le ratifiera en raison directe de sa compétence.

F. Bricheteau.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Nous inaugurons dans ce numéro une innovation qui, nous l'espérons, sera appréciée de nos confrères. A partir de ce jour, le *Bulletin de Thérapeutique* publiera régulièrement tous les trois mois un *Index bibliographique* comprenant tous les travaux de thérapeutique publiés dans les journaux de médecine français et étrangers [1]; toutes les discussions intéressant cette science qui se produiront dans les Sociétés de médecine françaises et étrangères. — C'est une nouvelle tâche que nous nous imposons; mais notre but sera atteint si le lecteur y trouve profit et satisfaction.

F. Bricheteau.

Thérapeutique générale.

De l'action thérapeutique des médicaments sur la dilatation des vaisseaux capillaires, par Archibald Reith. (Edimbourg, Med. Journal, février 1868.)

Sur la dose et l'action des médicaments, discussion à la Société Harvéienne, 6 février. (The Lancet, 29 février 1868.— Discours sur ce sujet, par W. Fuller (British medical, même numéro.)

Essai théorique sur la stimulation alcoolique dans le cours des pyrexies, par E. Anstie. (The Lancet, 1868, nº 4.)

Des aliments au point de vue de la température animale (Thermal value of food), par W.-O. Leary. (British medical Journal, 25 janvier 1868.)

Le séjour des altitudes est-il favorable aux phthisiques? par C. Drysdale. (The medical Press, 29 janvier 1868.)

---

[1] La bibliographie des journaux allemands ne figure pas dans ce numéro. N'ayant pu nous les procurer tous, nous avons préféré remettre au prochain trimestre, afin d'être complet.

De l'entraînement chez l'homme, au point de vue physiologique, prophylactique et curatif, par le docteur Jacquemet. (Paris, J.-B. Baillière.)

Sur l'état actuel de la thérapeutique, discours prononcé à la séance d'ouverture de la Société clinique de Londres par Thomas Watson. (The Lancet, 1865, nº 8.)

De la tolérance au point de vue thérapeutique, par le professeur Jaumes. (Montpellier médical, janvier 1868.)

Sur le traitement des maladies de la peau, par J. Milton. (Medical Press, 5 février 1868.)

Thérapeutique médicale.

De l'albuminurie chronique et de son traitement par l'albumine jointe aux ferrugineux, par David Nelson. (The Lancet, 1868, nº 5.)

Du peroxyde d'hydrogène comme remède du diabète, par John Day. (The Lancet, 1688, nº 2.)

Du traitement de la dysenterie, par Charcellay. (Th. de Paris, 1868, nº 54.)

De l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement du tétanos, par Bourneville. (Janvier 1868, Delahaye, édit.)

Sur la médication antifébrile. (L'Hippocratico, 30 mars 1868.)

Sur l'efficacité des injections hypodermiques de sulfate de quinine dans les fièvres paludéennes, lettre au professeur Tommasi par le professeur Cardarelli. (Il Morgagni, janvier 1868.)

Sur le traitement de la fièvre typhoïde, par J. Burney Yeo. (Medical Times, 1er février 1868.)

De l'emploi des sulfites dans la fièvre typhoïde, par S Cross. (The Lancet, 1868, nº 5)

Traitement des névralgies par la méthode de Chapman (sacs remplis de glace ou d'eau chaude). (Medical Press, 4 mars 1868.)

Du moyen de guérir radicalement les mangeurs d'opium, par A. Fleming. (British medical Journal, 15 février 1868.)

De la nature et du traitement des paralysies de l'enfance, par le docteur Bouchut. (Brochure extraite de l'Union médicale, janvier 1868.)

Sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire, d'après des faits observés dans la pratique civile, par J.-B. Williams et Th. Willaums. (Lancet, 21 mars 1868).

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'émulsion pancréatique de graisse, par Skinkead. (Medical Press, 26 février 1868.)

Du mode de traitement des maladies du poumon chez les enfants, par G. Buchanan. (The lancet, 15 février 1868.)

Considérations sur la saignée, par H. Naussac. (Th. de Paris, 1868, nº 62.)

Du traitement à employer contre la morsure du serpent à sonnettes, par Peter Hood. (The Lancet, 15 février 1868.)

Du traitement de la morsure du serpent, par Ch. Smith. (British medical Journal, 22 février 1868).

Nouveau traitement de la teigne faveuse, par le docteur Gamberini Giorne. (Ital. delle mal. veneree, mars 1868.)

Du vaporarium, son utilité dans le traitement de la phthisie pulmonaire, (Lostalut-Bachoué, th. inaugurale, 1868.)

Vertige épileptique traité avec succès par les émissions sanguines, par Handfield Jones. (British medical Journal, 8 février 1868.)

Bons effets de la viande crue dans un cas d'oligohémie, par le docteur Narsete Archi. (L'Hippocratico, 31 mars 1868.)

Electricité.

Influence de l'électricité à courants intermittents et continus sur les fibres musculaires de la vie végétative et sur la nutrition, par le docteur Onimus. (Journal de l'anatomie et de la physiologie, nº 1, 1868.)

L'électricité dans la paralysie des nerfs oculo-moteurs, par le docteur A. Gozini. (Gaz. med. ital. lomb., 25 janvier et 28 mars 1868.)

Quelles sont les paralysies qui peuvent être traitées par l'électricité, par Gregorio Ottom. (Gaz. med. italiana-lombardia, 28 mars 1868.)

Hydrothérapie.

Des lutions froides et des bains de mer dans le traitement de certaines maladies de nature catarrhale, par le docteur Martin. (Montpellier medical, février ct mars 1868.)
Deux cas de blessures profondes de la plante du pied guéries par l'eau froide, par le docteur Gregorio Arpon. (El Genio medico quirurgico, 7 février 1868.)

Thérapeutique chirurgicale.

Nouvelle méthode d'amputation de la jambe pour obtenir une prothèse commode et solide, par Borelli. (Gaz. med. di Torino, 20 janvier 1868.)
De l'anesthésie chirurgicale; histoire et action de ses agents; avantages et inconvénients des méthodes employées pour l'anesthésie, par le docteur Romero Blanco. (Siglu medico, 18 janvier 1868.)
Nouvel appareil pulvérisateur pour l'éther, le chloroforme et le mythylène, par le docteur Brokenridge. (Medical Times, 5 février 1868.)
De l'emploi du forceps artériel dans le traitement des hémorrhagies, par W. Taylor. (British medical Journal, 1er février 1868.)
Nouveau procédé pour la ligature de l'artère innomée et de la sous-clavière, par le docteur Hargrave. (Medical Press and Circular, 11 mars 1868.)
Abolition de la taille vésicale et moyens d'extraire les calculs et les corps étrangers de la vessie de la femme, par Borelli. (Gaz. med. di Torino, janvier 1868.)
Méthode simple et sûre pour opérer la taille vésicale, par Borelli. (Gaz. med. di Torino, janvier 1868.)
La cataracte est-elle curable sans opération ? par Hogg. (The Lancet, 21 mars 1868.)
Sur la nature et le traitement des déviations latérales de la colonne vertébrale, par Richmond Barwell. (The Lancet, janvier et février 1868.)
Eléphantiasis des Arabes traité avec succès par 'a compression de l'artère fémorale et le bandage plâtré, par John Coxle. (Lancet, 21 mars 1868.)
Traitement des fractures de la rotule par les griffes de Malgaigne, par H. Groly. (Société chirurgicale d'Irlande.) (Medical Press, 21 mars 1861.)
De la génioplastie par la méthode française, par le docteur Grynfelt. (Montpellier médical, mars 1868.)
Observations de hernies étranglées guéries par le taxis, par Borelli. Gaz. med. di Torino. 25 décembre 1867.)
De l'ophthalmie granuleuse; traitement par l'acide chromique, par J. Ruy. (Th. de Paris. n° 63, 1868.)
Du traitement de l'ophthalmie blennorrhagique par le tartre stibié à haute dose, par Ch. Cocaign. (Th. de Paris, 1868.)
Des moyens thérapeutiques employés dans les maladies de l'oreille, par E. Menière. (Th. de Paris, 1868, n° 59.)
Pannus invétéré traité par l'inoculation, par H. Wilson. (Annales d'oculistique, janvier 1868.)
De la pellagre et de son traitement, par M. le docteur Lombroso (Giorn. Ital. delle Malattie veneree, janvier 1868.)
Du traitement des plaies pénétrantes des articulations. Discussion à la Société de chirurgie, séance du 19 février 1868. (Union médicale)
Des avantages que présente l'association de la médication hydro-minérale et du traitement spécifique, par M. le docteur Principe. (Siglo medico, 18 janvier 1868.)
Traitement par l'eau et la poudre de Pollini, par M. le docteur Ambrosoli. (Gazetta med. Italiana-Lombarda, 18 janvier 1868.)
De l'emploi de l'acide phénique dans le traitement de la syphilis primitive, par H. Coote. (British medical Journal, 14 mars 1868.)
Observation de tumeur érectile guérie par la ligature à l'aide d'un nouvel appareil. (31 janvier 1868.)
Essais sur les ulcères variqueux et leur traitement, par E. Lafage. (Th. de Paris, 1868, n° 37)
Du traitement des ulcères de la jambe dans les divers hôpitaux de Londres. (The Lancet, 1868, n° 2)
De la médication topique de l'urètre, par Paris. (Th. de Paris, 1868, (n° 40.)
Des injections intra-utérines rendues inoffensives par la méthode du double

courant, par M. Avrard de La Rochelle. (Acad. de médecine, 7 janv. 1868.)
Des *tractions* continues et de leur application à la chirurgie (luxations), par Legros et Anger. (Arch. de médecine, janvier.)

Chimie. — Pharmacie. — Toxicologie.

De l'acide cyanhydrique, par H. Picard. (Th. de Paris, 1868, nº 51.)
Empoisonnement accidentel par l'acide nitrique. (Medical Times, 8 février 1868.)
Empoisonnement par absorption de l'acide phénique, par E. Machin. (British medical Journal, 7 mars 1868.)
Etude physiologique et thérapeutique sur le bromure de potassium, par R. Marchand. (Th. de Paris. nº 71, 1868.)
Communication sur quelques propriétés physiologiques de la caféine, par A. Gentilhomme (Bulletin de la Société médicale de Reims.)
Action physiologique et médicamenteuse de la caféine, par M. le docteur Leven. (Archives de physiologie, 1868, nº 1.)
Du cataplasme de farine de lin ; nouvelle manière de le préparer, par M. le docteur Pavesi. (Ann. di med. publica, 1868, et Gaz. med. di Torino, fév. 1868.)
Recherches chimiques et physiologiques sur l'erythroxylum coca du Pérou et sur la cocaïne. par Moréno y Maïs. (Th. de Paris, 1868.)
Empoisonnement par la coloquinte (Th. Lancet, 1868, nº 5.)
Sur la fève de Calabar ; recherches expérimentales, par M. le docteur Clément Papi. (Gaz. med. ital., fév. 1868.)
De l'iode et des préparations iodées au point de vue physiologique et thérapeutique, par Ed. Pied. (Th. de Paris, 1868.)
De l'incompatibilité de la quinine et de la strychnine avec la teinture d'iode, et de l'emploi de l'iode comme antidote de la strychnine, par W. Fuller. (The Lancet, 21 mars 1868.)
Du nitrate d'argent, de son action locale et de son emploi en chirurgie, par Alfred Lombard. (Th. pour le doctorat, 1868.)
Cas d'empoisonnement par le rhus toxicodendron, par W. Sanders. (British medical Journal ; Edinburgh med. Journal, fév. 1868.)
De la valeur thérapeutique des sulfites et hyposulfites alcalins et terreux, par le docteur G. Faralli. (Imparziale, mars 1868.)

BULLETIN DES HÔPITAUX.

De la ponction dans le traitement de la pneumatose intestinale. — Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié les intéressantes communications de MM. Fonssagrives et Ripoll sur la pneumatose intestinale, et leur divergence sur le traitement : le premier proclamant comme ressource ultime la ponction; le second la repoussant. Nous venons apporter le contingent de notre faible expérience à l'appui de l'assertion de M. Fonssagrives, en rapportant un fait observé à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Lasègue. Bien que le diagnostic soit resté douteux et que la malade soit encore en traitement, cette observation montrera ce que nous tenons surtout à établir : l'innocuité de la ponction abdominale dans la pneumatose, le soulagement qu'en retirent les malades, et nous affirmons d'autant plus la nécessité de cette opération, que nous avons vu, au commencement de nos études médicales, deux malades, dont une jeune fille hystérique, périr asphyxiées, en quelques heures, par une pneumatose gastro-intesti-

nale, et, dans les deux cas, l'autopsie n'a révélé que la simple présence de gaz dans l'intestin distendu, sans aucune lésion organique.

Roussel (Héloïse), quarante-huit ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Necker le 26 juin 1867.

D'une bonne santé habituelle, a eu sept enfants, et a été nourrice deux fois.

A l'âge de vingt-huit ans, a eu une première fois des accidents analogues à ceux pour lesquels elle est entrée à Necker. Elle a été six mois à la Charité, et en est sortie guérie après un traitement énergique (moxas répétés sur la paroi abdominale). Depuis, sa santé a été bonne, et la malade n'a été tourmentée que par une hernie inguinale gauche, dont le début remonte à cinq ans (effort exagéré).

Cette malade est entrée à l'hôpital, service de M. Bouley, au mois de juin 1867, pour des douleurs dans l'épaule droite, qu'on a attribuées à du rhumatisme musculaire, et qui ont cédé à un traitement purement local (ventouses et sangsues). L'intensité de ces douleurs forçant la malade à rester au lit, elle s'aperçut au bout de huit jours que sa hernie, qui ressortait au moindre mouvement dès qu'elle s'asseyait sur son lit, avait complétement disparu; en même temps, elle se plaignit de douleurs dans le côté droit de l'abdomen, de constipation, et appela l'attention du chef du service sur l'augmentation de volume que présentait son ventre. L'examen montra que l'abdomen était distendu d'une manière uniforme, non par un liquide (car il n'y avait pas la moindre trace de matité), mais par des gaz, car partout il y avait une sonorité tympanite. Le tympanisme occupait surtout la région ombilicale, celle des deux flancs, et ne s'étendait pas à la région épigastrique; il était permis de supposer que la pneumatose était limitée à l'intestin grêle, le côlon transverse et le S iliaque ne paraissant pas distendus, comme le prouvaient le toucher vaginal et le toucher rectal. A quelle cause était due cette pneumatose survenue dans les conditions indiquées plus haut? Il était difficile de se prononcer, d'autant plus que la malade, qui affirmait n'avoir jamais eu d'accidents hystériques, prétendait que son séjour à la Charité, datant de vingt ans, avait été dû aux mêmes phénomènes gonflement du ventre et constipation.

Il n'y avait, du reste, aucun phénomène qui pût mettre sur la trace d'une lésion d'un des organes abdominaux. Pas de constipation antérieure, pas de troubles gastriques, jamais de nausée ni d'envie de vomir. Le foie est normal et la percussion de l'abdomen n'est nullement douloureuse. La douleur accusée par la malade est sourde et profonde et ne s'exagère pas par la pression. La malade ne toussant pas et ayant les poumons indemnes de tubercules, il n'était pas permis de penser à une péritonite tuberculeuse. Peu importe, du reste. Ce n'est pas au point de vue du diagnostic que nous rapportons ce fait, mais bien au point de vue du traitement. Ces deux symptômes, tympanite et constipation, sans aucun

autre trouble, persistèrent plusieurs jours; la constipation, surtout, était très-opiniâtre, et on eut recours, sans succès, successivement aux lavements purgatifs, aux douches ascendantes, à l'emploi de la strychnine, de la belladone et de l'électricité. La tympanite faisait des progrès, le creux épigastrique était tendu, douloureux; la malade se plaignait d'oppression. Il y avait quelques nausées et des envies de vomir. Pour la soulager, Bouley, dont nous déplorons la perte récente, n'hésita pas à prescrire la ponction intestinale. Elle fut faite par l'interne du service, M. Calendero, dans un point de l'abdomen où il était permis de rencontrer une anse de l'intestin grêle, avec le trocart explorateur des trousses ordinaires, et il s'échappa du gaz en grande quantité. La malade fut soulagée immédiatement, et eut dans la même journée deux selles. Néanmoins, l'amélioration ne persista pas: une seconde ponction fut nécessaire quinze jours après, et une troisième prescrite par le docteur Siredey, qui remplaça Bouley. Toutes les trois donnèrent issue à des gaz, et furent suivies de soulagement et de selles naturelles. Aucune de ces ponctions ne détermina le moindre accident. Depuis lors, la malade n'est pas guérie; divers accidents, entre autres une phlébite du membre inférieur droit, l'ont atteinte; elle a toujours sa tympanite, mais la distension de l'abdomen est modérée, tolérable, et la paralysie de l'intestin, suite inévitable de la distension gazeuse, cède facilement aux lavements purgatifs.

Cette observation ne prouve qu'une chose, et nous tenons à la bien préciser de nouveau, c'est que la ponction abdominale dans la pneumatose intestinale est exempte de danger, soulage immédiatement les malades, sans les guérir, car ce n'est qu'un traitement palliatif, et doit être employée dans les cas où cette affection, en général peu grave, produit des menaces d'asphyxie et peut même amener la mort. F. Bricheteau.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement des métrorrhagies. Le docteur Dupierris (de la Havane) a communiqué à la Société de médecine de Bordeaux les bons résultats que retirent les médecins américains de la teinture d'iode pour combattre les métrorrhagies de diverses natures. Ce moyen a été tenté avec succès dans les hémorrhagies dues au cancer utérin, dans celle de la ménopause, et mieux encore, dans les hémorrhagies après la délivrance. Entre autres, M. Dupierris cite le fait suivant :

« Appelé pour assister une dame en couches, je vis survenir, après la délivrance, une hémorrhagie très-abondante par l'effet de l'inertie de l'utérus; des titillations faites avec soin, des frictions à l'hypogastre, la compression de l'aorte abdominale, rien de tout cela ne suffit à faire que l'utérus se contractât. J'envoyai tout aussitôt chercher une seringue, une sonde en gomme élastique, et 15 grammes de teinture d'iode mêlée à 30 grammes d'eau. La sonde, introduite le long de la main portée dans l'utérus, servit à pousser le liquide dans la cavité; la contraction fut immédiate, et tellement forte, que la

main fut chassée avec violence; de nombreux caillots furent rejetés, et l'hémorrhagie cessa tout aussitôt; une boule de la grosseur d'une orange, et très-ferme, se présenta à l'hypogastre et me fit espérer que l'inertie ne reparaîtrait pas; il en fut ainsi. La malade était faible; elle avait perdu trop de sang pour qu'il en eût été autrement; mais, malgré cela, les suites de couches furent des plus heureuses; les lochies durèrent trois jours seulement, et en très-petite quantité. Le lait se présenta aux seins sans être précédé de fièvre ni autres phénomènes quelconques.

« Depuis lors, j'ai souvent employé ce moyen pour combattre, non pas seulement la métrorrhagie, mais encore pour provoquer la contraction de l'utérus en état d'inertie. Jamais le moindre accident n'a eu lieu. »

Un médecin en renom à la Havane, Joachim Zagas, a lu à l'Académie des sciences de cette ville un mémoire sur les heureux effets de l'injection iodée contre la métrorrhagie puerpérale; et ce travail, longuement discuté, fut approuvé dans tout son ensemble.

La dose de l'injection employée est la suivante :

15 grammes de teinture d'iode pour 30 grammes d'eau, avec la précaution d'y ajouter au moins 30 à 50 centigrammes d'iodure de potassium, afin que la teinture d'iode, mélangée à l'eau, ne se précipite pas.

Cette méthode, qui vient d'un pays où toute hardiesse est permise, n'a pas toute notre confiance, car l'innocuité des injections intra-utérines n'est pas encore une question jugée. (*Union médicale de la Gironde.*)

Des lavements de chloroforme en obstétrique. — *Obs. I.* Une femme de vingt et un ans (dont le premier accouchement, malgré un bassin naturel et une position de l'enfant normale, n'en avait pas moins duré soixante heures, grâce à des contractions spasmodiques des plus douloureuses), avait depuis plusieurs heures des *petits maux* sans résultat : le museau de tanche était rigide et tendu, et laissait sentir la tête; toutes les dix à quinze secondes se montraient des douleurs assez vives, qui augmentaient notablement la consistance de la matrice sentie au travers des parois de l'abdomen. Un bain d'une demi-heure et divers médicaments essayés furent inutiles. Au bout de plusieurs autres heures l'orifice utérin, qui n'avait préalablement laissé pénétrer que la pulpe du doigt, s'était agrandi jusqu'à 4 centimètres de diamètre, mais se contractait en refoulant le fœtus, dès qu'on pratiquait le toucher. Cette femme se refusant absolument à une saignée, et la première inspiration de chloroforme ayant produit des accidents tels qu'on dut y renoncer, le docteur Heider lui fit prendre cette substance en lavement, 12 grains (72 centigrammes) de chloroforme, demi-jaune d'œuf et 3 onces (90 grammes) d'eau de camomille. Peu après cette médication, les douleurs se régularisèrent en agissant dans le sens voulu, et deux heures et demie après ce lavement naissait un enfant vivant.

Obs. II. Une sage-femme, arrivée au huitième mois de sa grossesse et atteinte d'un léger érysipèle de la face, fut prise, le quatrième jour de cette affection, de légers délires qui cédèrent à quelques doses de morphine et de nitre; mais le lendemain survinrent les douleurs dans le ventre, qui se caractérisèrent bientôt par leur intermittence, comme des maux pour accoucher. L'orifice utérin était ramolli et laissait pénétrer le doigt. L'auteur fit appliquer des cataplasmes sur l'abdomen, prendre des poudres effervescentes, ainsi qu'un lavement de 12 grains de chloroforme. Quelques douleurs de plus en plus rares se montrèrent pendant les heures suivantes, et six jours plus tard cette femme guérit son érysipèle, reprit ses travaux, pour n'accoucher qu'au bout de six semaines. (*Wuertemberg medicin. Corresp.-Blatt*, 1866, nº 10.)

Division complète du premier métacarpien; emploi de la suture métallique; réunion parfaite des fragments. Jeune garçon de treize ans, entré à l'hôpital de Guy, le 19 novembre 1866, pour une coupure de la main droite, qu'il s'était faite le matin avec un hache-paille, et qui avait amené une hémorrhagie abondante, arrêtée d'ailleurs spontanément. La coupure commençait au niveau de la face dorsale du second métacarpien, et, se dirigeant transversalement en dehors, passait en arrière de la base du premier métacarpien et venait se terminer vers le bord radial de l'éminence thénar. Elle avait environ un pouce et demi de longueur et était profonde d'un pouce. Le premier métacarpien se trouvait divisé transversalement à une petite distance de son

extrémité carpienne, et les tendons des extenseurs du pouce étaient également coupés au même niveau. L'artère radiale ne paraissait pas avoir été atteinte, comme donnait lieu de le penser du reste l'arrêt spontané de l'hémorrhagie.

La brièveté du fragment supérieur, déplacé par l'action du long abducteur du pouce, s'opposait à ce qu'il pût être maintenu, réduit et affronté au fragment inférieur, et dès lors il y avait à craindre que la consolidation ne s'effectuât dans de mauvaises conditions pour le rétablissement des fonctions Pour éviter cet inconvénient, M. Birkett eut recours à la suture des fragments. Après avoir chloroformisé le blessé, il fit, dans l'un et dans l'autre fragment, un trou à l'aide d'un poinçon fin; puis y ayant passé un fil d'acier mince et flexible, il put les réduire et les maintenir affrontés exactement en turdant les deux bouts du fil au degré convenable. Les tendons divisés furent à leur tour réunis avec des fils de soie, puis les bords de la plaie ayant été rapprochés à l'aide de sutures semblables, la main et l'avant-bras furent placés sur une planchette. Compresses d'eau froide pour tout pansement.

Après un jour ou deux de douleurs et de fièvre, les choses prirent une marche de plus en plus favorable. Le douzième jour, toute la plaie était recouverte de bourgeons charnus du meilleur aspect. Le vingt-troisième, la suture métallique put être enlevée. Dix jours après, la plaie était presque complétement cicatrisée. Au bout d'un peu moins de deux mois, l'attelle fut supprimée, et, à ce moment, il n'y avait aucun doute quant à la réunion des fragments du métacarpien.

Sorti de l'hôpital, l'enfant y revint au bout d'un mois; la consolidation était parfaite; les mouvements du pouce laissaient quelque chose à désirer, mais on pouvait compter que le temps amènerait de nouveaux progrès. (*Lancet*, 20 avril 1867.)

Opération de la séparation de deux jumeaux suivie de succès. Le docteur Bœhm a opéré avec succès la séparation de jumeaux réunis par un pont charnu. L'adhérence chez ces jumeaux féminins, petits, il est vrai, mais bien conformés du reste, commençait à l'extrémité inférieure des deux sternums (parfaitement séparés), suivait l'appendice xiphoïde, et se terminait à un nombril commun. Le pont de réunion était mou au toucher, semblable à une couche épaisse de tissu cellulaire; mais on y sentait comme des cordons durs et noueux; lesquels, plus tard, se trouvèrent être formés par des rayonnements cartilagineux qui, partant des deux appendices xiphoïdes, se rejoignaient vers le milieu pour former un cordon à côté duquel couraient les vaisseaux sanguins du cordon ombilical. L'opération commença par la dissection et l'isolement des divers vaisseaux du cordon ombilical; lequel était simple, avec une seule enveloppe renfermant tous les vaisseaux; cette enveloppe fut fendue au bistouri, et les vaisseaux disséqués dans une longueur de trois à quatre pouces depuis l'insertion ombilicale; l'on obtint ainsi de chaque côté six artères et une veine qui furent liées séparément. Après cela, l'opérateur fit sur le pont de réunion une incision parallèle aux surfaces des thorax : et, en ayant bien soin de rester dans la ligne médiane, pénétra toujours plus profondément dans le tissu cellulaire, trancha la réunion cartilagineuse des appendices xiphoïdes; et, en passant entre les deux insertions des vaisseaux ombilicaux, arriva ainsi jusqu'à la peau du côté opposé de l'adhérence, où un coup de couteau acheva l'opération. Il s'écoula très-peu de sang. Les deux plaies avaient une longueur de 5 centimètres et demi, et furent réunies par trois points de suture. La réunion eut lieu par première intention; mais l'un des deux enfants, qui, dès sa naissance, avait montré moins de vie que l'autre, mourut le cinquième jour; l'autre est actuellement âgé de cinq ans, parfaitement bien portant et bien développé, à l'exception d'une diastase de 9 centimètres de longueur dans la ligne blanche au-dessous du processus xiphoïde. D'après les recherches statistiques de Foerster, sur cent quatorze cas semblables, la statistique n'en mentionne qu'un second qui aurait été également couronné de succès. (*Arch. de Virchow.*)

Cas de fracture de la rotule traités avec succès au moyen de l'appareil de Malgaigne. Peut-être l'appareil à griffes, de Malgaigne, n'est-il pas employé dans le traitement des fractures de la rotule aussi souvent qu'il le mériterait, en raison des résultats qui ont été obtenus de son usage par son inventeur et par d'autres chirurgiens. Il paraît

qu'on y a très-souvent recours à l'hôpital de King's College, de Londres. Les deux cas suivants, empruntés au service de l'un des chirurgiens de cet hôpital, M. Partridge, montrent les avantages qu'on en peut tirer.

I. Fracture transversale de la rotule droite chez une femme de quarante-six ans, entrée le 2 avril 1866. La fracture occupait exactement la partie moyenne de l'os, et les fragments étaient séparés par un intervalle de trois quarts de pouce. Il n'existait aucun épanchement dans l'articulation, au moment où la blessée fut apportée à l'hôpital, c'est-à-dire immédiatement après l'accident. Le chirurgien interne rapprocha aussitôt les fragments au moyen de l'appareil à griffes, de manière à ce qu'ils fussent bien affrontés et dans un contact aussi exact que possible; puis le membre fut placé sur une attelle droite, le membre légèrement fléchi sur le tronc, et le genou recouvert de compresses imbibées d'un liquide résolutif. Il n'y eut que peu de douleur, pas de tuméfaction, aucune irritation aux points d'implatation des griffes. L'appareil enlevé au bout de six semaines, les fragments parurent parfaitement réunis par un cal osseux, et la malade put être renvoyée peu de temps après. Elle revint deux mois plus tard comme on le lui avait recommandé, se félicitant de sa guérison et disant qu'elle marchait aussi bien qu'auparavant. On ne put, dit le rédacteur de l'observation, découvrir aucune trace qu'il y eût eu une fracture de la rotule.

II. Homme de trente-six ans apporté à l'hôpital, le 4 janvier 1868, immédiatement après une chute. On reconnut de suite l'existence d'une fracture transversale de la rotule droite, située près du bord supérieur de l'os, avec un écartement d'environ deux travers de doigt; point ou très-peu d'épanchement dans l'articulation. Application de l'appareil de Malgaigne, sans aucune irritation consécutive des parties molles. Au moment où l'observation était publiée, la réunion osseuse des fragments paraissait tout à fait assurée. Une circonstance rend ce cas particulièrement intéressant. C'est que, chez ce malade, il y avait eu, six ans avant, une fracture transversale de l'autre rotule, laquelle, non traitée au moyen de l'appareil à griffes, ne s'était réparée que par l'intermédiaire d'un tissu fibreux, qui ne laissait pas moins de quatre pouces d'intervalle entre les fragments. Cet état du genou gauche, par le peu d'assurance qu'il donnait à la marche, n'était probablement pas étranger à la chute qui avait amené la seconde fracture. (*Med. Times and Gaz.*, fév. 1868.)

Rupture centrale du périnée pendant le travail de l'accouchement. Si la rupture complète du périnée, cumprenant toute son étendue jusques et y compris le sphincter de l'anus, le rectum et la cloison recto-vaginale, exige, en raison de sa gravité tant actuelle que subséquente, une intervention chirurgicale active, il n'en est pas de même des ruptures incomplètes, ne s'étendant qu'à une distance plus ou moins considérable de la commissure vulvaire, ni des ruptures dites centrales, consistant en une simple perforation sans entamure de la vulve ni de l'anus. Celles-ci guérissent ordinairement d'elles-mêmes par la position et les soins de propreté, et n'exigent que rarement la suture ou l'emploi des serres-fines. Ce point, déjà plus d'une fois d'ailleurs démontré par les faits, vient d'être à nouveau mis en lumière par un cas récemment communiqué à la Société de chirurgie par M. le professeur Depaul.

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, primipare, laquelle, dans le courant de décembre dernier, est venue accoucher à l'hôpital des Cliniques. Elle n'offrait rien de particulier qui attirât l'attention. L'examen, fait avec soin dès le début du travail, montra une présentation du sommet eu position occipito-iliaque gauche antérieure. Lorsque, après un travail peu long, la dilatation étant complète, la tête fut arrivée sur le plancher périnéal, on put remarquer que, pendant la contraction, le périnée, excessivement souple, loin de résister, se laissait déprimer et distendre avec une extrême facilité par la tête qui le poussait directement en avant. Bientôt celle-ci s'en coiffa entièrement, au point que, de l'anus à la fourchette, le périnée ne mesurait pas moins de 17 centimètres et demi. Puis, à une nouvelle douleur, on vit se produire sur la partie moyenne une déchirure de la peau qui s'agrandit rapidement; la tête s'y engagea, la traversa, et tout le reste du corps à la suite : l'accouchement était terminé.

La plaie qui s'était ainsi produite s'étendait de la vulve à l'anus, sans intéresser les commissures antérieure ni postérieure; elle se présentait sous la forme d'une fente verticale, plus

large à la partie moyenne que vers les extrémités, à bords inégaux, dentelés et contus. M. Depaul annonça que cette plaie se cicatriserait spontanément et très-vite, sans intervention de l'art; et, en effet, au bout de cinq semaines, grâce à de simples soins de propreté, et des lotions, à des injections, il ne restait plus qu'un pertuis capable de recevoir l'extrémité d'une petite plume, et la malade pouvait partir pour le Vésinet, assurée de sa guérison.

Les cas de rupture centrale du périnée sont assez rares pour que des accoucheurs très-expérimentés, entre autres Capuron, en aient nié la réalité. Certaines circonstances rendent celui-ci plus rare encore, savoir : l'absence de tout vice de conformation du bassin, le volume de l'enfant qui était tout à fait ordinaire, la nature de la présentation, l'accident coïncidant ordinairement non avec la première position des auteurs classiques, mais avec la position occipito-iliaque gauche postérieure non réduite.

Malgré la bénignité relative de la rupture centrale du périnée, il est presque puéril de dire que l'accoucheur doit mettre tous ses soins à la prévenir. Soutenir fortement le périnée, tâcher de ralentir la sortie de la tête, afin de lui permettre de dilater les parties, la repousser en avant au moyen de deux doigts introduits dans le rectum comme l'a proposé M. Blot, tels sont les moyens qui peuvent être mis en usage. (*Union méd.*, 1868, nº 37.)

Cas d'anévrysme poplité traité par la compression, combinée avec les aspersions d'éther pulvérisé sur la tumeur. Un jeune homme de vingt-sept ans, soldat dans l'artillerie royale, présentant l'aspect de la santé, mais ayant été atteint, depuis son entrée au service, de fièvre typhoïde, de fièvre intermittente et de syphilis, entre à l'hôpital de Cloomel (Irlande), le 12 janvier dernier, pour une douleur, qui du jarret gauche s'étend à toute la jambe, et parfois devient assez intense pendant la marche pour l'obliger à s'arrêter. L'examen permet de constater dans le creux poplité l'existence d'une tumeur du volume d'une petite orange, avec un bruit de souffle léger et les pulsations caractéristiques de l'anévrysme, qui cessent lorsqu'on vient à comprimer l'artère fémorale ou à placer le membre dans la flexion forcée.

Ce cas ayant paru à M. Harrison, aide-chirurgien du régiment, et à MM. Dempster et Tyner, susceptible de guérir par la compression, le traitement fut commencé le 19 janvier, au moyen du compresseur de Reid, placé sur la fémorale à quatre pouces au-dessous du ligament de Poupart. Mais le malade ne pouvant supporter l'action de cet instrument, on l'enleva au bout d'une heure un quart, et on le remplaça par la compression digitale, qui fut confiée à trois artilleurs intelligents se succédant à tour de rôle, et continuée sans interruption. Au bout de quatre heures, sur l'avis ouvert par M. Tyner, on dirigea sur la tumeur un jet d'éther pulvérisé pendant vingt minutes. La tumeur commença à devenir plus dure pendant la durée de cette aspersion, et au bout de vingt minutes elle paraissait solidifiée. La compression fut néanmoins continuée plusieurs heures, les pulsations continuant, bien que plus faibles. Mais au bout de quelques jours elles avaient repris leur intensité première et l'anévrysme était revenu peu à peu à son état antérieur.

Le 29 janvier, la compression instrumentale fut rétablie sur la fémorale, au niveau du ligament de Poupart, au moyen tantôt du compresseur qui avait déjà été employé, mais qui avait dû être abandonné parce qu'il était trop dur, tantôt d'un autre plus doux, en alternant leur emploi; et en même temps on reprit les aspersions d'éther pulvérisé de demi-heure en demi-heure. Au bout d'une heure, il ne restait plus aucune pulsation. Néanmoins la compression fut continuée encore vingt-quatre heures; après quoi, la tumeur étant devenue dure, plus petite, sans aucun battement, le membre fut placé et maintenu dans la demi-flexion et l'immobilité pendant plusieurs jours. Le 15 février, l'anévrysme était réduit du volume d'une petite orange à celui d'une noix, et était devenu tout à fait solide et dur; la circulation collatérale était établie.

La réfrigération locale au moyen de l'éther pulvérisé, combinée avec la compression, paraît avoir joué dans ce cas un rôle très-important et produit les efforts les plus avantageux, d'après les remarques de l'auteur. (*Med. Times and Gaz.*, 29 fév. 1868).

Emploi de l'éther pulvérisé dans le traitement du tétanos. Nous avons rapporté des exemples témoignant des bons effets de l'éther pulvérisé dans certaines affections du système nerveux, telles que

les névralgies, la chorée. Des résultats obtenus, notamment dans cette dernière maladie, il était permis d'inférer que le même moyen pourrait également rendre des services dans d'autres affections convulsives, par exemple, dans le tétanos.

M. A. Paterson a vu, à Lisbonne, dans le service de M. Barbosa, à l'hôpital Saint-Joseph, traiter ainsi un jeune homme, chez lequel le tétanos s'était manifesté consécutivement à une blessure de la main. Malheureusement il ne put constater les effets définitifs chez ce malade, l'instrument pulvérisateur s'étant trouvé hors de service après deux ou trois séances, et n'ayant pu être remplacé. Mais à cette occasion il apprit que ce mode de traitement avait été mis en usage avec succès dans un cas précédent.

M. Paterson croit que cette médication a été proposée, pour la première fois, contre le tétanos, par M. da Silva Amado, un des chirurgiens de l'hôpital Saint-Joseph, qui répète les aspersions trois fois par jour pendant dix minutes chaque fois.

Dans le cas dont M. Paterson a été témoin, comme dans celui sur lequel il n'a eu que des renseignements, la pluie d'éther était dirigée sur la partie blessée, point de départ de l'affection convulsive, et, paraît-il, sans qu'il en résultât beaucoup de douleur pour les patients. Peut-être l'application pourrait-elle être faite sur d'autres régions, notamment quand la maladie s'est développée spontanément, par exemple, sur le trajet de la colonne vertébrale dans les cas de tétanos plus ou moins généralisé, peut-être sur le siége de la contracture dans ceux de tétanos partiel. C'est une question qu'il appartient à la clinique d'élucider. (*Méd. Tim. and Gaz.*, janv. 1868.)

Bons effets de l'emploi local de l'acide phénique dans le traitement des plaques muqueuses. Divers moyens topiques ont été mis en usage pour la guérison des plaques muqueuses, et beaucoup ont procuré de bons résultats. D'après M. Holmes Coote, chirurgien à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, il n'en est aucun dont il ait eu plus à se louer que de l'acide carbonique ou phénique. La première fois qu'il l'employa, ce fut chez une femme de vingt et un ans qui avait de nombreuses plaques muqueuses à la vulve et à la partie interne des cuisses. Elle ne fut complétement guérie qu'au bout de trois semaines; mais le médicament avait été employé à très-faible dose (5 grains pour 30 grammes d'eau). Dans deux autres cas, il se servit d'une solution beaucoup plus active (acide et eau, quantités égales), qui fut appliquée sur les parties malades une fois par jour, à l'aide d'un pinceau. Dans ces deux cas, les plaques avaient disparu au bout de douze et quatorze jours. L'emploi de ce moyen, au dire de notre confrère anglais, ne détermine que peu de douleur. (*British med. Journ.*, mars 1868.)

Hernie inguinale étranglée chez une petite fille de sept mois; opération suivie de succès. Marguerite M***, âgée de sept mois; bien développée; sauf la hernie, aucune maladie depuis sa naissance.

Il y a deux mois environ, sa mère aperçut, au niveau et un peu au-dessus de la grande lèvre droite, une petite tumeur. A la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, on en fit facilement la réduction; et cette tumeur s'étant reproduite, depuis lors, à diverses reprises, chaque fois la mère la réduisait elle-même avec facilité. L'enfant n'avait jamais porté ni bandage, ni autre appareil contentif.

Le 28 janvier au matin, la tumeur s'étant reproduite, la mère voulut la réduire et ne put y parvenir; pas de selles la nuit précédente; peu de temps après, vomissements, bientôt de couleur porracée, verdâtre; dans la journée, à l'hôpital Sainte-Eugénie, tentatives de réduction, mais sans succès.

Le lendemain 29, la petite malade fut transportée à l'hôpital Saint-Antoine, où elle fut reçue dans la salle des nourrices; à cinq heures, l'interne de service essaya le taxis, mais sans succès encore. A neuf heures du soir, l'enfant ayant été chloroformisée, troisième tentative, toujours sans résultat favorable. A ce moment, traits grippés, facies abdominal; pas de selles, continuation des vomissements fécaloïdes; pouls petit, serré, très-fréquent. Une intervention chirurgicale étant jugée indispensable, M. Panas est appelé.

Opération à onze heures et demie du soir, l'enfant étant complétement chloroformisée. Incision verticale des téguments au niveau de la tumeur, de 4 centimètres de longueur; puis, dissection lente et attentive, qui met à nu la plus grande partie de la surface externe du sac, lequel se présente sous

une forme arrondie de 3 centimètres de diamètre environ, avec une coloration rouge-brun, et une surface lisse qui ferait croire à la présence de l'intestin lui-même. La palpation permet de reconnaître, à travers sa paroi, la sensation mollé d'une anse intestinale, et, à côté, un corps dur ayant le volume et la forme d'une petite aveline. Une nouvelle tentative de taxis, dans le but de réduire sans entamer le péritoine, ayant échoué, le sac est ouvert avec précaution à cause de l'absence de tout liquide dans sa cavité, et l'on voit alors qu'il contient, outre une anse intestinale, longue de 3 à 4 centimètres, un repli péritonéal qui n'est autre chose que le ligament large du côté droit avec l'ovaire et la trompe du même côté; celui-ci, d'une coloration jaunâtre caractéristique, constituait le corps dur que l'on avait senti à travers la paroi du sac. M. Panas reconnaît alors que l'ouverture abdominale, par laquelle la hernie s'est faite n'est autre que l'orifice inguinal supérieur, que le péritoine ne paraît point former de collet à ce niveau, et que c'est l'orifice aponévrotique lui-même qui a produit l'étranglement. Une sonde cannelée est passée sous l'anneau constricteur, et, sur cette sonde, à l'aide d'un bistouri droit, on débride l'anneau de bas en haut dans l'étendue de 4 à 5 millimètres. Puis la réduction est faite, celle de l'anse intestinale facilement, celle de l'ovaire avec un peu plus de difficulté. Pas de fausses membranes, pas de trace d'adhérence à l'intérieur du sac. Perte de sang, pendant l'opération, insignifiante. Trois points de suture métallique sur les lèvres de la plaie; puis pelote de diachylon à ce niveau, maintenue par des bandelettes de diachylon en huit de chiffre autour de la cuisse et du bassin.

La nuit suivante, deux selles, pas de vomissements. Le lendemain, ventre souple, non douloureux; face beaucoup moins grippée; pouls modéré; l'enfant prend volontiers le sein. Les 31 janvier et 1er février, vomissements, mais de lait caillé, et non fécaloïdes; selles naturelles; réaction fébrile modérée. Le 3 février, levée du pansement: réunion par première intention très-incomplète; on enlève les fils métalliques; pansement simple, maintenu avec un appareil semblable à celui employé après l'opération. Le 5, toute la plaie suppure, le fond en est déjà réuni; pansement simple, maintenu par une pelote rectangulaire attachée autour de l'abdomen et munie d'un sous-cuisse. Du 6 au 10, la plaie diminue en profondeur; le 12, elle est presque cicatrisée. L'enfant est munie de bandages en futaine, en attendant un bandage à pelote, et renvoyée de l'hôpital, de crainte des influences nosocomiales. Malheureusement, quelque temps après, elle est prise de diarrhée et d'un épuisement, dont les progrès entraînent sa mort.

Malgré cette issue funeste, ce fait n'offre pas moins d'intérêt, vu l'âge de la petite malade, la présence de l'ovaire et de la trompe dans le sac, et aussi le succès de la kélotomie chez un sujet si jeune, alors que la sensibilité morbide du péritoine, à cette époque de la vie, pouvait faire craindre le développement d'une péritonite. (*Gaz. des Hôp.*, 1868, n° 34.)

VARIÉTÉS.

M. le docteur Tillaux, agrégé de la Faculté et chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, notre collaborateur, vient d'être nommé directeur des travaux anatomiques à l'amphithéâtre de Clamart, en remplacement de M. Serres, décédé.

MM. les membres de l'Association générale des médecins de France sont prévenus qu'une *soirée confraternelle*, offerte à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales, aura lieu le dimanche 19 avril, à huit heures du soir, au *Grand Hôtel*, boulevard des Capucines, salon du Zodiaque.

On peut s'inscrire par lettre chez M. le docteur Brun, trésorier général de l'Association, 23, rue d'Aumale.

Enseignement général de la gymnastique. — Institution d'une commission. — Par un arrêté en date du 15 février 1868, il est institué au ministère de l'instruction publique, sous la présidence du ministre, une commission chargée de l'examen des questions relatives à l'enseignement de la gymnastique dans les écoles de l'Empire.

Sont nommés membres de cette commission :

M. le baron Larrey, inspecteur général du service de santé de l'armée, membre de l'Académie des sciences, médecin ordinaire de l'Empereur ; — M. Mourier, vice-recteur de l'Académie de Paris ; — M. Pillet, chef de la division de l'instruction primaire au ministère de l'instruction publique ; — M. le colonel Roux, commandant le 9e de ligne ; — M. Julien, proviseur du lycée du Prince-Impérial ; — M. Gautrelet, chef de bataillon, commandant le 20e bataillon de chasseurs à pied ; — M. Vergnes, capitaine instructeur de gymnastique du régiment des sapeurs-pompiers ; — M. le docteur Bouvier, de l'Académie de médecine ; — M le docteur Hillairet, médecin du lycée impérial de Saint Louis ; — M. E. de Foutaine de Resbecq, sous-chef du cabinet du ministre de l'instruction publique.

M. le baron Larrey est nommé *vice-président* et M. de Resbecq *secrétaire.*

M. le docteur Auguste Durand, chargé par la commission d'organisation de l'Exposition maritime internationale du Havre de préparer la réunion, au Havre, d'un congrès *médical*, maritime, international, demande à tous les médecins qu'intéressent les progrès de l'hygiène navale : 1° de lui envoyer leur adhésion ; 2° de lui signaler les questions qui leur paraîtront devoir figurer dans le formulaire destiné à servir de prospectus.

Ecrire à M. le docteur Durand, rue Royale, 17, au Havre.

Par décret du 21 mars 1868, l'Empereur, sur la proposition du ministre de la guerre, a promu et nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Achte (Jean-François, médecin-major de 1re classe au 3e régiment de voltigeurs de la garde impériale. — M. Bozeront (Léon), médecin-major de 1re classe au 81e régiment de ligne.

Au grade de chevalier : M. Sarazin (Jules-Adrien-Charles-Marie), médecin-major de 2e classe au corps des cent-gardes de l'Empereur.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Pihan-Dufeillay (François-Nicolas), professeur de pharmacie et de toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de chimie à ladite Ecole.

M. Delamarre, professeur de matière médicale et thérapeutique à l'Ecole de Nantes, est nommé professeur d'histoire naturelle et matière médicale à ladite Ecole.

M. Laënnec, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Nantes, est nommé professeur de physiologie à ladite École.

M. Joüon, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Nantes, est nommé professeur d'anatomie à ladite Ecole.

M. Andouard, suppléant pour les chaires de pharmacie et de toxicologie à l'Ecole de Nantes, est nommé professeur de pharmacie à ladite Ecole.

M. Calloch, suppléant pour les chaires de matière médicale et thérapeutique à l'Ecole de Nantes, est nommé suppléant pour la chaire d'histoire naturelle et matière médicale à ladite Ecole.

M. Bertin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour la chaire de chimie appliquée à l'Ecole de Nantes.

M. Herbelin, pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour la chaire de pharmacie et chef des travaux chimiques et pharmaceutiques à l'Ecole préparatoire de Nantes.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Les tendances médicales du jour envisagées au point de vue de la thérapeutique des maladies de la peau;

Par M. A. Devergie.

La phase médicale que nous parcourons aujourd'hui est sous l'empire de plusieurs ordres de faits qui la dominent : les enseignements microscopiques, l'expérimentation physiologique, la doctrine récente des diathèses et le néologisme, tel est l'ensemble de faits et d'idées qui tendent complétement à effacer les enseignements de la médecine clinique, pour les remplacer par une médecine plus ou moins conjecturale et hypothétique.

Les doctrines de la chimie moderne n'ont pas été assez puissantes pour s'imposer dans la pratique médicale, si l'on en excepte quelques points isolés de pathologie; mais les nouvelles données dont les moyens touchent de plus près aux doctrines médicales et par induction à la médecine proprement dite, sont plus menaçantes : elles doivent fixer l'attention de ceux qui ont été sans cesse en rapport avec des malades. Il faut de leur part une réaction, sans quoi ils se verront débordés, et au lieu de faire de nos élèves, des médecins, on ne fera que des rêveurs à la manière allemande, avec la polypharmacie, qui en est une des conséquences.

J'ai peut-être quelques droits à faire cet appel. Plus que beaucoup de médecins, je me suis servi de microscope, et j'ai acquis en chimie des connaissances plus étendues ; mais je dois ajouter que l'hôpital a toujours été mon véritable laboratoire. C'est à lui que j'ai demandé le dernier mot de la question, et j'ai toujours eu lieu de me féliciter de cet appel ultime.

Pendant un certain temps, on m'accusait de ne marcher qu'avec le microscope, et plus tard, de ne pas m'en servir assez! C'est que le microscope m'avait appris à voir ce que je n'avais pas vu, et que la connaissance acquise ne m'avait fourni que peu d'applications pratiques. Et, pour ne pas sortir de ma pratique spéciale, est-ce que c'est le microscope qui a conduit à l'épilation dans le traitement de la teigne? Mais on épilait bien auparavant : c'est le hasard. Seulement le microscope a fait voir *pourquoi* on épilait et en quoi l'épilation pouvait être utile dans le traitement de la teigne; ce qui est beaucoup, il est vrai. Quant aux agents parasiticides, ils n'ont pas

changé depuis le microscope; on les employait avant, seulement on sait mieux comment ils agissent.

J'en dirai peut-être autant du microscope appliqué à d'autres points de pathologie. Certes, il est utile de savoir qu'il existe plusieurs espèces de tubercules et plusieurs formes de phthisie, mais l'indication thérapeutique de la forme? *zéro*. Eh bien, sans microscope la clinique a établi ces formes; elle a trouvé des indications, je ne dirai de guérison, mais au moins d'atténuation pour les espèces de phthisie dans l'emploi qu'elle a préconisé par l'expérience de l'huile de foie de morue et des sulfureux, du goudron, du fer, etc., suivant la nature scrofuleuse ou non scrofuleuse du tubercule.

Est-ce à dire que les nombreuses recherches microscopiques qui ont été faites depuis plusieurs années n'aient servi à rien? Loin de moi cette pensée. Elles ont beaucoup servi; mais elles n'ont servi qu'à l'histoire naturelle des maladies, que l'on me passe cette locution qui rend ma pensée. Elles ont perfectionné l'anatomie pathologique, car dans son étude on n'y voyait qu'avec des yeux et on y a vu depuis avec des yeux grossissant les objets. Il est vrai que ceux-là sont plus sujets à erreur; mais enfin il est des choses qu'ils voient mieux quand ils grossissent les objets dans une proportion raisonnable. Nous sommes donc mieux éclairés quant aux formes d'altérations morbides, sauf peut-être à corriger un peu plus tard quelques erreurs commises.

En effet, malgré ses gros yeux, le microscope ne peut pas tout voir et tout découvrir, témoin le véritable caractère de la granulation cancéreuse, ce que démontrait il y a quelques années notre ancien et regretté camarade Velpeau, qualification dont nous aimons à nous servir parce qu'elle est un souvenir du cœur.

Que dirai-je de l'expérimentation physiologique au point de vue de la médecine pratique? Et d'abord qu'elle doit être heureuse et fière de compter parmi ses collaborateurs des noms comme celui de Claude Bernard, et de plusieurs autres. Mais par combien de millions d'expériences a-t-il fallu passer pour arriver à la découverte d'une vérité! Que l'expérimentation soit l'aide puissant de l'étude des fonctions, j'y accède bien volontiers, sous ce rapport elle a rendu de grands services; mais pour celle de la pathologie et surtout de la thérapeutique, je n'y saurais consentir, fût-ce même pour les indications thérapeutiques à déduire de l'emploi d'un agent pharmaceutique. On objectera que le seul moyen de connaître l'action d'un médicament nouveau, c'est de l'essayer sur les animaux; cela est

vrai, on le dégrossit comme la pièce de marbre que l'on destine au sculpteur ; rien de plus, rien de moins.

D'abord, l'expérimentation animale n'est pas absolument nécessaire pour étudier l'action d'un médicament ; elle n'est nécessaire que pour connaître la qualité vénéneuse du remède. Est-ce que tous nos médicaments héroïques anciens ont été essayés sur les animaux avant d'être employés chez l'homme ? Que l'expérimentation sur les animaux prête son concours, je le veux bien ; mais il en sortira en général des données souvent sujettes à erreur. Faut-il évoquer à cet égard quelques souvenirs ? Voyez le procès de Castaing. Chaussier et Orfila émettant sur le même fait deux opinions différentes, l'une que la morphine dilatait la pupille, l'autre qu'elle la contractait ! et tous deux avaient raison. Mais l'un avait donné la morphine à faible dose chez l'homme, et l'autre à forte dose chez les animaux. Pendant quinze ans, on sacrifie des milliers d'animaux pour étudier l'action toxique de l'arsenic. Enfin, l'histoire symptomatique de l'empoisonnement est tracée ! tous les livres reproduisent la même série et le même ordre de symptômes dans leur manifestation. Tout à coup apparaît un fait d'empoisonnement de cinq personnes, dans lequel l'arsenic a été donné dans un état peu habituel. C'était de l'arsenic à chauler le blé. Alors se montrent des phénomènes tout différents et tels que les ouvrages techniques sont obligés d'inscrire deux ordres tout opposés de symptômes que peut développer l'arsenic ! Un seul fait clinique avait plus appris que des milliers d'expériences. Et pour ne pas sortir du même exemple, est-ce que chaque composé arsénical, comme agent thérapeutique, n'a pas son mode d'action spécial, et ses doses auxquelles on doive les administrer chez l'homme ? Est-ce que l'acide arsénieux, l'acide arsénique, l'arsénite de potasse dans la liqueur de Fowler, l'arséniate de soude dans la liqueur de Persoon produisent les mêmes effets dans les maladies et peuvent être données aux mêmes doses ? Il y a plus, est-ce qu'elles peuvent combattre aussi efficacement les mêmes affections morbides ? Eh bien ! est-ce dans la physiologie expérimentale que nous acquerrons ces connaissances ? Pauvres données que les données thérapeutiques issues de l'expérimentation sur les animaux !

Une grande discussion a lieu aujourd'hui au sein de l'Académie, sur la contagion du tubercule. Le microscope a précédé cette discussion, il a défini la matière tuberculeuse, et cependant, — en présence des formes variées que peut déterminer l'inoculation dans les produits différents qu'elle fait naître, — on en est à se de-

mander si le microscope a dit le dernier mot sur la nature des tubercules. On va plus loin et l'on invoque les erreurs possibles de l'inoculation. Dans l'hypothèse même où les faits produits par M. le docteur Villemin seraient exacts, qu'en résulterait-il pour la thérapeutique de la phthisie?

Mais au moment où j'écris ces quelques lignes, un de nos collègues qui n'a jamais perdu de vue le lit du malade, qui a tout appris auprès de la nature vivante et qui a poursuivi ses études jusque dans la nature morte, en évoquant les enseignements que fournissent les altérations organiques dans les maladies, vient de réagir contre ces nouveaux modes d'enseignement trop à l'ordre du jour et de rappeler à la clinique cette jeune école trop germanique. Sachons lui gré d'avoir affronté la tribune pour reporter l'attention sur les enseignements d'un passé trop délaissé de nos jours, et quelle que soit l'opposition qu'il puisse s'attirer, nous n'hésiterons pas à déclarer qu'il a rendu un véritable service à la science.

Que dirai-je maintenant de la doctrine des diathèses? j'ose à peine l'aborder, tant elle a pris possession des esprits dans le monde médical. Et cependant, moi aussi je suis partisan des diathèses, sauf à s'entendre sur ce que doit traduire cette expression.

Et d'abord, M. Bazin et ses partisans ont-ils défini nettement la diathèse? Jamais. Notre honorable collègue M. Hardy qui les a adoptées en ce qui concerne les maladies de la peau, n'en a pas plus donné les caractères que M. Bazin. Il y a plus, M. Bazin repousse les idées de M. Hardy. Dans notre Traité sur les maladies de la peau, nous avons mis en regard les définitions de ces deux honorables collègues, il suffit de les lire et de les comparer pour se demander comment *un mot* a pu prendre une pareille faveur lorsqu'il représente une chose si imparfaitement définie.

Selon M. Bazin, les dartres se rattachent à trois principes, trois maladies constitutionnelles formant trois groupes différents : l'arthritis, la dartre et la scrofule. M. Hardy comprend sous le nom de *dartres* les maladies qui prennent leur origine dans un *vice particulier* de l'économie : la *diathèse dartreuse*.

La diathèse dartreuse dépendrait donc d'un vice particulier et, comme le fait remarquer M. Bazin, on pourrait reconnaître aussi bien cinq ou six espèces de dartres et de vices particuliers que quatre.

Eh bien, aujourd'hui ces dénominations ont anéanti, contrairement aux intentions de leurs auteurs, toute la science du diagnostic. Les médecins, en approchant d'un malade, ne se donnent

plus la peine de déterminer l'espèce de maladie de peau dont il est atteint. On dit : *maladie de peau? herpétisme!* et l'on prescrit l'*arsenic ;* ou bien, on interroge le malade. Si dans sa vie il a eu des apparences plus ou moins légèrement accusées d'une douleur rhumatismale dans l'épaule ou le genou, alors la maladie de peau n'est autre chose que de l'*arthritis*, et, dès lors, prescription de *bicarbonate de soude*, comme si le bicarbonate de soude guérissait le rhumatisme. Ou bien y a-t-il eu dans l'enfance quelques phénomènes morbides lymphatiques, la dartre devient de la *scrofule;* dès lors, prescription d'*huile de foie de morue*. Quant à la forme cutanée, on n'y fait même plus attention. (Je ne parle ici ni de M. Bazin ni de M. Hardy.)

Vous comprendrez que pas n'est besoin de suivre l'hôpital Saint-Louis pour apprendre à traiter les affections cutanées.

Mais il y a plus, on applique les diathèses à toutes les maladies. Ces diathèses sont la cause d'une foule d'autres affections. Avez-vous une maladie du cœur et, dans le cours de votre vie, s'est-il produit plus ou moins accidentellement une légère éruption à la peau? *herpétisme*. S'agit-il d'une gastralgie, d'une entéralgie? *herpétisme ;* et c'est ainsi que se propage l'emploi de l'arsenic, aujourd'hui surtout qu'on a retrouvé cet agent dans toutes les eaux minérales, que d'*hyposthénisant* il est devenu *hyperesthénisant*, qu'il combat avec avantage la chloro-anémie, les tubercules et la phthisie, la chorée, l'épilepsie, les maladies du cœur, l'asthme, le diabète, les fièvres intermittentes, le choléra, etc., etc.; en un mot, les maladies les plus opposées.

Mais je m'arrête, car je passerais pour un antidiathésique, ne formulant jamais que des traitements locaux, sans tenir compte d'un état général, alors que je suis le diathésique par excellence, mais à des conditions que je vais faire connaître, ou plutôt que je vais rappeler.

Je trouve dans le Dictionnaire de Nysten, édité par MM. Littré et Robin, une définition que j'ai donnée depuis longtemps de la diathèse et qu'ils ont rendue dans la forme la plus simple et la plus vraie : la diathèse *est une disposition générale en vertu de laquelle un individu est atteint de plusieurs affections locales de même nature*. C'est-à-dire que la cause morbide existe et dans les solides et dans les liquides, et qu'un modificateur général peut seul arriver à la détruire; *mais ce modificateur devra varier en raison de l'espèce de cause générale, qui est loin de se réduire à trois.*

Cette définition, que nous acceptons, restreint donc la diathèse au

cas où la même maladie est généralisée. Mais quel est le caractère de la généralisation? Est-ce à dire qu'il y aura diathèse lorsqu'une maladie cutanée se sera montrée à la fois sur deux, trois et quatre points différents de la peau? Mais, à ce titre, il y aurait bien peu de maladies de peau qui ne seraient pas diathésiques. Exceptez-en le pemphigus solitaire, l'eczéma variqueux, plusieurs variétés d'acné et quelques autres, et toutes les affections de la peau seront dans ce cas. Il y a plus, il existe des maladies localisées, comme l'eczéma impétigineux et l'impétigo, qui se rattachent plus à la diathèse, quoique circonscrites, que d'autres maladies à évolutions multiples à la peau; d'où la conséquence que, réduire à trois ou quatre conditions générales de l'économie : l'herpétisme, l'arthritisme, la syphilis et la scrofule, toutes les maladies à causes diathésiques, c'est-à-dire à cause générale, me paraît tout à fait illogique et antithérapeutique. Prenons des exemples. Voici un individu qui est atteint de psoriasis, affection squameuse qui, si elle est discrète au début, se généralise tôt ou tard. Rien de plus diathésique que le psoriasis. La maladie est souvent héréditaire; elle ne peut pas être guérie par les traitements externes les plus variés; elle *est blanchie*, comme le disent nos malades des hôpitaux. L'arsenic est l'agent interne par excellence qui puisse compter des succès lorsque l'affection est traitée à ses débuts.

Voici maintenant un individu à diathèse eczémateuse, en ce sens que l'affection a été généralisée, qu'elle a eu des récidives; elle a pris les caractères diathésiques. Mettez ces deux sujets en regard l'un de l'autre, ils n'ont rien de comparable entre eux, pas même dans la maladie. L'un, le psoriasique est fort, vigoureux, bien musclé, d'une excellente santé, bon estomac, bons intestins, formes plus ou moins athlétiques.

L'autre a une peau blanche, fine, mollasse; ses allures sont plus ou moins chétives; il n'a jamais eu d'antécédents scrofuleux, mais il a eu des tendances lymphatiques. Dans l'un et l'autre cas, vous direz : herpétisme! conséquence : *arsenic;* et vous pouvez réussir. Mais tandis que chez le premier l'arsenic seul pourra quelquefois combattre la diathèse, chez l'autre, l'arsenic pourra vous faire défaut. Les sulfureux, la teinture de cantharide, l'orme pyramidal, le fer, l'extrait d'aconit et d'autres médicaments qui ne font rien contre le psoriasis, amèneront la guérison de l'eczéma.

L'herpétisme n'est donc qu'un mot, qu'un *leurre*, au point de vue thérapeutique, et M. Bazin lui-même ne peut pas être théra-

peutiste conséquent avec ses doctrines, car la thérapeutique serait bien pauvre si elle était réduite à trois médicaments !

Et ces exemples, je pourrais les multiplier à l'infini. On a dit que l'acné était une maladie toujours locale : erreur ! Il est des acnés que les traitements généraux guérissent parfaitement, j'en ai rapporté des exemples dans mes ouvrages. Les plaques d'herpès quoique généralisées, ne sont souvent que symptomatiques d'une affection de l'estomac, etc.; d'où je conclus que la généralisation de la même maladie à la peau est tout à fait insuffisante pour caractériser une diathèse ; c'est un élément qui joue souvent un grand rôle dans la recherche de la diathèse, et rien de plus.

En ce qui concerne l'arthritisme comme diathèse, rien de plus fallacieux pour le praticien et pour le malade. Quoi ! parce qu'un individu dartreux a eu quelques douleurs rhumatismales, on prétend le guérir avec quelques bains alcalins et du bicarbonate de soude à l'intérieur ! Mais, en vérité, il faut être absorbé par les pensées de ses propres doctrines, pour avoir confiance en une si pauvre et si douteuse thérapeutique. Souvent les exemples les plus vulgaires donnent la preuve d'une assertion. Veuillez me dire combien il y a de rhumatisants et de malades dartreux, par an, à Vichy? Je ne dirai point qu'il n'y en a pas : les eaux guérissent, dit-on, toutes les maladies; mais interrogez les médecins de Vichy. Certes, on traite quelques rhumatisants à Vichy, mais on ne les y trouve aussi qu'accidentellement ; Aix, Uriage, Bagnères-de-Luchon et Cauterets revendiqueront à plus juste titre le traitement antirhumatismal.

D'où donc est né l'arthritis, et sa guérison par le bicarbonate de soude en fait de dartres? Je n'en sais rien et ne peux me l'expliquer que par le rôle considérable que joue le rhumatisme dans toutes les maladies autres que les affections cutanées. Ce n'est pas une induction de la pratique médicale, c'est une induction de l'esprit à laquelle ne répond pas la thérapeutique, et comme nous ne guérissons pas plus le rhumatisme que la diathèse rhumatismale, c'est avouer que nous ne saurions guérir toutes les maladies de la peau qui découlent de cette diathèse.

Il n'en est plus de même de la diathèse scrofuleuse ; mais cette dénomination est trop accentuée pour un grand nombre de cas. Avant la scrofule, il y a le lymphatisme ; de plus, le lymphatisme a ses nuances et ses degrés infinis. On est lymphatique et on n'est pas scrofuleux pour cela. Il n'y a plus : Qu'est-ce, par exemple, qu'une diathèse qui se guérit avec l'âge et sans le concours d'au-

cun médicament? Je m'explique : l'enfance est essentiellement liée au lymphatisme. Il existe des affections cutanées qui sont l'apanage exclusif de l'enfance, souvent il suffit d'abandonner ces maladies à elles-mêmes pour les voir disparaître avec l'âge. Dans certaines conditions même, il serait imprudent de les traiter. Or, ces affections sécrétantes rentrent justement dans les maladies à diathèse scrofuleuse ; et si les enfants sont guéris par le seul concours des conditions d'âge et de développement, qui se montrent de plus en plus accusées, au fur et à mesure que l'enfant prend des années, qu'est-ce donc que cette diathèse morbide que le développement de l'enfant détruira ? Il est bon de noter que ces maladies ont souvent le caractère le plus accusé de la généralisation à la peau.

On voit donc, en résumé, que la doctrine des diathèses, bonne en soi, ayant sa raison d'être, en ce sens qu'il s'agit de l'état général de l'économie, en vertu duquel une maladie, quelquefois héréditaire, persiste, récidive, se généralise, ne peut s'appliquer qu'à certaines catégories d'affections cutanées qui sont placées dans certaines conditions ; mais que c'est porter un préjudice à la science, au médecin et au malade, que de rattacher, comme on le fait aujourd'hui, toutes les maladies de la peau à des diathèses. Il en est de diathésiques, et il en est qui ne le sont pas.

Il y a plus, en dehors des espèces herpétiques, arthritiques, scrofuleuses, pourquoi ne pas admettre les diathèses cachectiques, scorbutiques, hémorrhagiques, tuberculeuses, cancéreuses, qui ont tout aussi bien et plus leur raison d'être, par exemple, et pourquoi ne pas repousser la diathèse syphilitique, qui est la conséquence d'un virus ? Là où il y a virus, il n'y a pas seulement diathèse ; et puis, en dehors de ces états généraux, viennent les maladies symptomatiques de lésions d'organes ou *réflexes*, pour me servir d'une expression heureuse de M. Baumès (de Lyon). Combien d'affections cutanées peuvent être rangées dans cette catégorie !

De sorte qu'en définitive, les maladies de la peau peuvent être rattachées à quatre grandes causes générales : 1° celles qui sont une conséquence du tempérament et de la constitution de l'individu ; 2° celles qui dérivent d'un état morbide d'un organe interne ; 3° celles qui peuvent être rapportées à des diathèses ou dispositions générales morbides de l'économie, plus nombreuses qu'on ne l'a indiqué jusqu'alors ; 4° celles qui se rapportent à un virus. Viennent ensuite les affections cutanées de causes externes ou se rattachant à un état normal ou accidentel de la peau.

On peut voir, par les détails dans lesquels nous venons d'entrer,

combien ce mot *diathèse*, préconisé aujourd'hui au delà du véritable état des maladies, exerce une influence fâcheuse sur la pratique. Loin d'exclure le diagnostic, les causes des maladies l'appellent avec le plus grand soin, attendu qu'un certain nombre de formes morbides rappellent plus ou moins directement telle ou telle cause.

Je serai court en ce qui concerne le néologisme. A cet égard, on a pris pour point de départ les étymologies grecques, ou plutôt on fait avec une réunion de racines grecques *significatives* des noms nouveaux ; on multiplie à plaisir ces dénominations qui n'auront qu'un jour de durée. La raison en est simple. On croit avoir découvert la nature d'une chose jusqu'alors inconnue ou dont la nature avait été caractérisée d'une autre manière : on en changera le nom. Viendront plus tard des recherches nouvelles, qui démontreront une erreur commise : de là une autre dénomination remplaçant la seconde, qui n'a pas plus sa raison d'être ; puis une quatrième, car le progrès est permanent dans la science. Vous aurez donc surchargé de dénominations inutiles le vocabulaire médical et rendu la science indéchiffrable pour le siècle qui nous suivra. Si encore ces mots nouveaux n'étaient créés que pour désigner des choses neuves ; mais le plus modeste symptôme, le plus humble phénomène morbide reçoit un nom nouveau, le plus souvent sans nécessité, et nous sommes conduits peu à peu à une logomachie funeste tôt ou tard à la science.

Chacun se mettait à rire, dès l'abord, lorsqu'un de nos honorables collègues, qui, en dehors de sa nomenclature nouvelle, a rendu de grands services à la science, étalait à la tribune une série de noms composés, dont l'étendue était hors de toute proportion. Il a fini par mettre les rieurs de son côté, et c'est à qui imitera le maître.

En résumé, sous l'empire de ces innovations, l'expérimentation physiologique, les recherches microscopiques, le néologisme et les diathèses, la science change de physionomie et le passé s'efface devant ces tendances du jour. Certes, la science y gagnera quelque chose, peut-être même y gagnera-t-elle beaucoup. Espérons-le, mais que l'on ne soit pas réduit à dire : *laissons passer!* acceptons donc ce que l'on appelle un *progrès,* mais acceptons-le avec défiance ; ne perdons pas de vue les enseignements cliniques que nous ont laissés nos devanciers et ne les abandonnons que lorsque les faits cliniques eux-mêmes auront sanctionné les innovations basées sur d'autres données.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'instabilité des solutions destinées aux injections hypodermiques [1];

Par le docteur Bourdon, médecin de l'hôpital de la Charité.

L'extension que prend tous les jours dans la pratique la méthode hypodermique m'engage à vous communiquer quelques observations sur les solutions employées.

Depuis cinq ans, j'injecte très-fréquemment sous la peau des solutions de sulfate d'atropine, de chlorhydrate de morphine et de sulfate de quinine.

Dans cet intervalle, il m'est plusieurs fois arrivé de ne pas obtenir de mes injections les effets attendus et j'avais remarqué que cela se produisait quand j'employais des solutions plus ou moins anciennement préparées et alors qu'elles présentaient des filaments en suspension. Je faisais préparer de nouvelles solutions et j'obtenais les résultats désirés.

Il y a un an environ, dans un cas de colique néphrétique très-douloureuse, ayant injecté une dose assez forte de chlorhydrate de morphine, c'est-à-dire près de 4 centigrammes, en une seule fois, sans amener une diminution notable de la douleur, pas même la plus légère somnolence, je priai M. Delpech de faire l'analyse de la solution dont je m'étais servi; je pensais qu'elle s'était affaiblie.

Notre collègue constata en effet qu'elle avait perdu la moitié environ de son sel. Elle ne contenait plus qu'un cinquantième de chlorhydrate de morphine, au lieu d'un vingt-cinquième qu'elle devait contenir, d'après la formule de sa préparation. Cette solution était très-claire, très-limpide, et ne renfermait pas le plus petit dépôt; mais elle était ancienne et avait été filtrée deux ou trois fois, dans le but de la débarrasser des conferves qui s'y étaient formées.

Quelque temps après, M. Delpech voulut bien encore analyser une solution de sulfate de quinine opérée à l'aide de l'acide tartrique. Cette solution, dont la préparation remontait à quatre mois, était troublée par de nombreux filaments d'un jaune-rougeâtre. Cependant la fiole qui la renfermait n'avait été débouchée qu'une seule fois. L'analyse démontra la disparition d'un quinzième du sel de quinine dissous dans l'eau.

---

[1] Lu à la Société de Thérapeutique dans la séance du 6 mars 1868.

En présence de ces deux observations, qui expliquaient parfaitement l'action incomplète des injections, dans certains cas, je me demandai comment on pouvait se rendre compte d'une pareille diminution dans ces solutions aqueuses.

Aucun dépôt, aucun précipité n'ayant été constaté dans les liqueurs, on ne pouvait, selon moi, expliquer cette déperdition que de deux manières :

Ou bien les végétaux microscopiques en se formant avaient décomposé une portion du sel organique en lui empruntant certains de ses éléments pour se développer, décomposition à laquelle je n'eusse pas songé s'il se fût agi d'un sel minéral;

Ou bien une portion du sel s'était déposée sur les productions organiques, une fois formées, et les cristaux étaient restés avec elles sur les filtres; les linéaments végétaux auraient joué le rôle des fils que l'on place dans les solutions pour faciliter la cristallisation. Je ne savais à laquelle de ces deux explications m'arrêter, lorsque, tout dernièrement, un nouveau fait de ce genre vint me donner la preuve certaine que les deux causes peuvent agir.

Il s'agit d'une solution de sulfate de quinine, préparée, il y a dix mois, renfermée dans une fiole bien close, qui n'avait été débouchée depuis ce temps que deux ou trois fois.

Elle avait été préparée d'après la formule suivante :

Sulfate de quinine........................	1 gramme.
Acide tartrique............................	50 centigrammes.
Eau distillée..............................	20 grammes.

Au moment de l'examen, on constate que la solution renferme un gros flocon jaune rougeâtre, flottant au milieu du liquide dans lequel il reste suspendu.

Aucun dépôt salin n'existe au fond de la fiole, sur ses parois, ni sur son goulot. Avant toute opération, on s'assure du poids total de la solution : il est de 20 grammes. La différence d'avec le poids primitif, différence qui est de 1gr,30, vient de ce qu'on a pris du liquide pour faire une injection hypodermique et ne tient pas à l'évaporation d'une certaine quantité d'eau.

On filtre ensuite la solution, et il reste sur le papier de Berzélius un long filament rougeâtre qui se replie en plusieurs sens et s'étale à une de ses extrémités à la façon d'une toile d'araignée.

Sur ce filament on découvre, à l'œil nu, deux petits cristaux gros comme le quart ou le sixième d'une tête d'épingle et dont l'un est fixé solidement au mycélium sur lequel il s'est formé.

Examinés au microscope par M. Delpech et par moi, ces cristaux apparaissent sous forme rhomboïdale ressemblant tout à fait à la cristallisation de l'acide tartrique ou de certains tartrates, comme le tartrate de potasse et de soude, et nullement aux aiguilles fines et prismatiques du sulfate de quinine.

Je rappellerai que la dissolution du sulfate de quinine avait été rendue complète par l'addition d'acide tartrique.

Cet acide n'étant pas assez fort pour déplacer l'acide sulfurique combiné avec la quinine, il n'était pas possible d'admettre que ces cristaux fussent du tartrate de quinine, lequel, du reste, cristallise en aiguilles rhomboïdales; de sorte que, en l'absence d'une analyse que la petitesse des cristaux n'a pas permis de faire, nous nous croyons autorisés à dire qu'ils étaient formés tout simplement par de l'acide tartrique, dont une partie était devenue inutile par le fait de la disparition d'une très-notable proportion du sel de quinine dans la solution, disparition dont nous allons nous occuper.

En effet, on constata, par l'analyse quantitative, que les 20 grammes de solution qui restaient ne contenaient plus que 1gr,05 de substance saline ou acide au lieu de 1gr,40 qu'ils avaient tenu primitivement en dissolution; ce qui constitue une perte de 35 centigrammes, c'est-à-dire de 25 pour 100.

Les deux petits cristaux trouvés sur le mycélium étant très-loin de représenter les 35 centigrammes perdus, puisqu'on peut à peine évaluer leur poids à 1 centigramme, on a ainsi la preuve que les productions végétales, en se formant, ont fait perdre à la solution une quantité considérable du sel et de l'acide dissous dans l'eau.

Ces recherches prouvent en même temps que les solutions peuvent s'affaiblir, comme nous l'avions supposé *à priori*, par la formation de cristaux sur les conferves, puisque le microscope a permis d'y reconnaître la présence de l'acide tartrique cristallisé.

Le second mode de déperdition ne s'observerait peut-être pas dans d'autres solutions, comme celle de chlorhydrate de morphine ou celle de sulfate d'atropine; il peut se faire qu'il soit particulier à la solution de sulfate de quinine, additionnée d'acide tartrique ou d'un autre acide. Il y aurait de nouvelles recherches à faire sur ce sujet.

Cette note était déjà rédigée depuis un certain temps, lorsque notre collègue M. Gubler me dit qu'il avait fait la remarque que la solution de sulfate neutre d'atropine perdait la majeure partie de sa puissance pharmaco-dynamique lorsqu'elle avait vieilli et s'était remplie de conferves. Cette observation est consignée dans l'article

Atropine du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Notre collègue, qui admet, comme moi, la décomposition du sel organique, n'a pas analysé la solution après la formation des végétaux microscopiques et ne s'est pas arrêté à l'idée d'une cristallisation du sel sur le mycélium pour expliquer, au moins en partie, l'affaiblissement de la solution.

Il nous a donc encouragé à vous faire connaître le résultat de nos recherches, qui ont, suivant lui, l'avantage d'ajouter la preuve physico-chimique à l'observation clinique que nous avions faite chacun de notre côté.

Pour expliquer le travail de décomposition qui s'opère dans ces solutions, il resterait à discuter si c'est en s'emparant de l'azote, comme le dit M. Gubler dans l'article cité, que le champignon décompose le sel organique, ou si ce n'est pas autant, et peut-être plus, en lui prenant de son carhone, ainsi qu'est porté à le croire M. Delpech.

Il y aurait encore à étudier si les conferves qui se forment dans la solution de sulfate de quinine sont de même espèce que celles qui se développent dans la solution de sulfate d'atropine et qui sont, suivant M. Gubler, le *leptomitus* et l'*hygrocrocis*.

Ce sont là des questions de physiologie végétale transcendante, pour la solution desquelles je reconnais toute mon incompétence.

Je reviens à la pratique des injections hypodermiques. Puisque nous nous occupons de cette méthode thérapeutique qui, selon M. Claude Bernard, est appelée à jouer un rôle de jour en jour plus important en médecine proprement dite, comme en physiologie expérimentale, permettez-moi, messieurs, de vous signaler une erreur capitale que doivent commettre tous les jours les médecins praticiens, relativement aux doses de médicaments administrées par les injections.

La seringue de M. Mathieu, qui n'est autre que celle de Pravaz modifiée par M. Béhier, est l'instrument le plus habituellement employé pour injecter les médicaments sous la peau. On croit généralement qu'elle contient au moins $1^{gr},50$ d'eau. Le fabricant lui-même en est persuadé et m'a indiqué cette contenance.

Cependant, afin d'agir avec toute certitude, en faisant mes injections, je me suis assuré de ce que cet instrument contenait exactement. Je l'ai rempli autant que possible d'eau distillée, j'ai même rempli la canule et j'ai pesé tout ce qui en sortait, c'est-à-dire tout ce qu'il est possible d'injecter en une seringue complète et je n'ai jamais trouvé plus de 65 centigrammes, ce qui ne repré-

sente pas la moitié de ce qu'on suppose. De sorte que lorsqu'on emploie une seringue entière de solution de chlorhydrate de morphine au trentième, on n'injecte qu'un peu plus de 2 centigrammes du médicament, alors qu'on croit en injecter 5.

La différence est moins grande avec l'instrument de M. Luër; mais elle est encore de plus d'un tiers. Ainsi le fabricant l'indique comme contenant 40 gouttes, c'est-à-dire 2 grammes d'eau. Nous avons fait la même expérience qu'avec la seringue de M. Mathieu, et nous avons constaté qu'il ne renfermait que 1gr,30 ou 26 gouttes de liquide.

Réflexions sur l'administration des médicaments au moment des règles ([1]).

La question de savoir quelle est la conduite que l'on doit tenir à l'égard des médicaments au moment des règles est d'une très-grande importance. A chaque moment, il peut arriver que le médecin soit questionné là-dessus, il faut donc qu'il soit préparé à donner une réponse satisfaisante, fondée sur ses convictions. La moindre hésitation, la moindre apparence de doute, produiraient un mauvais effet sur la malade, qui préférerait le plus souvent s'abstenir de médicaments, ou ne les prendrait qu'avec une sorte d'appréhension, ce qui constitue toujours une mauvaise condition en thérapeutique.

L'opinion du public se ressent encore beaucoup, sous ce rapport, de l'ancien état des choses. La menstruation ayant été considérée, dans l'ancienne physiologie, comme une fonction régulatrice destinée à éliminer le *trop-plein* ou le *nuisible*, on a cru devoir la respecter quand même, et l'on évitait le moindre prétexte de son dérangement. Il était naturel, d'après cela, qu'on eût craint de prescrire des médicaments pendant les règles, et qu'on eût même conseillé de suspendre alors tout traitement. C'était en même temps le moyen de se ménager les mouvements critiques naturels, car il ne faut pas oublier qu'on attribuait aussi alors généralement aux règles une influence favorable sur le cours des maladies, et la puissance de les juger.

Cette opinion avait tellement pris racine, que la plupart des ma-

---

([1]) Extrait de l'ouvrage qui vient de paraître sous ce titre : *Traité de la Menstruation; ses rapports avec l'ovulation, la fécondation, l'hygiène de la puberté et de l'âge critique; son rôle dans les différentes maladies, ses troubles et leur traitement*, avec deux planches chromo-lithographiées ; 1 vol. in-8° de 640 pages, par le docteur A. Raciborski ; chez J.-B. Baillière, libraire éditeur.

lades ne semblent même pas avoir le moindre doute à cet égard. Lorsqu'on leur a prescrit un traitement à suivre pendant quelque temps, en général, elles lo suspendent de leur propre chef dès que les règles ont paru, et ne le reprennent que lorsqu'elles sont tout à fait passées.

Une autre fois, on veut prescrire à une malade une saignée ou une potion quelconque, que sa position semble réclamer. On ne doit pas être surpris si elle fait de la résistance, par le motif que, devant avoir sous peu de jours ses règles, elle craindrait de les empêcher ainsi de venir. L'expérience nous a appris que les bains tièdes, au moment des règles, produisent quelquefois d'excellents effets dans certains troubles de la menstruation; or, nous ne nous rappelons pas qu'il nous soit arrivé de rencontrer une seule malade qui ne nous ait fait d'objections à cet égard; nous en avons même vu qui, malgré la plus grande confiance qu'elles avaient en nous, étaient tout à fait inflexibles sur ce chapitre, et ne se gênaient pas pour nous désobéir.

Ce sont les médecins qui, par leurs fausses idées sur la physiologie de la menstruation et sur son rôle en pathologie, ont contribué surtout à répandre ces préjugés dans le public. Voyons ce qu'apprend, sous ce rapport, l'observation clinique.

Nous ferons d'abord observer, relativement à la saignée, qu'elle peut être pratiquée impunément au moment des règles; pourvu qu'elle ait été bien indiquée, la menstruation ne l'empêchera en rien de produire les bons effets qu'on en attend. Van-Swieten avoue qu'il n'a jamais été arrêté par la présence des règles, quand il voulait saigner ses malades, et qui n'a eu qu'à se louer de cette pratique.

On sait que M. le professeur Bouillaud traite toutes les phlegmasies aiguës par des saignées pratiquées coup sur coup. Ayant eu l'occasion de suivre son service, pendant plusieurs années consécutives, nous avons été à même de voir un grand nombre de malades que l'on avait saignées pendant les règles, sans qu'il en fût résulté jamais rien de fâcheux. Souvent les règles continuaient leur marche habituelle, et lorsqu'elles diminuaient ou même s'arrêtaient, c'était toujours sans importance.

Nous avons été à même de prescrire plusieurs fois des vomitifs et des purgatifs au moment des règles, sans qu'il en fût résulté le moindre inconvénient. En général, nous ne nous préoccupons même pas, dans notre pratique, de la présence des règles, quand il faut prescrire un médicament ou pratiquer une saignée. Dans

notre conviction, cette particularité ne doit jamais être un obstacle pour cela.

Mais ce à quoi nous visons toujours, c'est à rassurer complétement les malades à cet égard. Dès qu'elles nous font remarquer qu'elle sont leurs règles, au moment de nos prescriptions, nous cherchons à leur faire comprendre, et même à les convaincre, que l'emploi des moyens conseillés par nous ne pouvait avoir la moindre conséquence fâcheuse pour elles.

Dans notre opinion, si jamais les saignées ou les médicaments pris au moment des règles avaient pu prendre part à quelques perturbations, cela ne pourrait être que d'une manière indirecte, lorsque les malades n'ayant pas été raisonnées et convaincues, avaient subi les prescriptions étant encore tout effrayées de leurs conséquences. Ce n'est donc pas du tout à l'action intempestive des médicaments mis en usage, mais à des conditions psyschiques, et particulièrement à la peur, qu'il faut attribuer les troubles qui peuvent se manifester dans ce cas. C'est dans cette catégorie, je crois, qu'il faudrait placer l'observation citée par Maisonneuve, qui dit avoir vu une femme de quarante ans, d'un tempérament sanguin, née de parents sains, et bien réglée depuis l'âge de dix-huit ans, devenir épileptique, après une saignée du bras *imprudemment pratiquée pendant l'écoulement des menstrues*, à l'âge de vingt-huit ans. Au dire du médecin que nous venons de citer, la malade aurait éprouvé des accès épileptiques tous les mois, se répétant plusieurs fois dans les deux ou trois jours où devaient couler les règles, qui n'ont plus jamais reparu.

Il suffit de mettre en parallèle ce fait, unique, je crois, dans son genre, avec la quantité de saignées que l'on pratique impunément tous les jours pendant les règles, pour qu'on le juge comme nous l'avons apprécié.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas non plus perdre de vue que les femmes sont plus impressionnables pendant leurs règles. A moins, par conséquent, d'une urgence évidente, il faut s'abstenir de commencer, pendant ces époques, l'usage des médicaments énergiques ayant une action prononcée dans le système nerveux, de pratiquer des opérations, etc., etc.

A plus forte raison, doit-on proscrire les bains froids, des injections, et même des lotions d'eau froide. Sans doute, l'habitude joue dans tout cela un grand rôle; il y a des femmes, comme, par exemple, des blanchisseuses, qui, tout en ayant leurs règles, continuent à aller laver à la rivière dans toutes les saisons de l'année,

sans en être incommodées. Les baigneuses conduisent également tous les jours, indistinctement, leurs pratiques à la mer, sans se préoccuper de leurs époques. Leurs règles n'en continueront pas moins pour cela, et leur santé n'en éprouve pas la moindre atteinte. Mais les femmes du monde, qui n'ont pas fait progressivement l'apprentissage nécessaire pour cela, pourraient quelquefois se trouver fort mal de ces imprudences.

A cause de la congestion utérine qui accompagne les époques menstruelles, il sera bon de cesser tout traitement local des affections de la matrice, déjà aux approches des règles, et de ne les reprendre que quelques jours après que le flux menstruel aura cessé.

Quant aux bains tièdes, ils sont loin d'avoir les inconvénients qu'on leur attribue généralement. Beaucoup de femmes s'imaginent qu'un bain pourrait leur occasionner une véritable perte; c'est encore le reste des conséquences des idées fausses qu'on s'était faites autrefois sur la nature du flux menstruel, lorsqu'on le comparait aux hémorrhagies ordinaires. Nous ne possédons pas un seul fait de ce genre, à notre connaissance, quoique nous ayons eu l'occasion de prescrire, assez souvent, des bains au moment des règles. Ce que nous craindrions plutôt, c'est le refroidissement à la suite du bain. Aussi avons-nous toujours l'habitude de prescrire, dans ce cas, des bains à domicile, excepté pendant l'été. Employés, quand ils sont bien indiqués, les bains tièdes, pris au moment des règles, constituent à nos yeux un excellent moyen thérapeutique dans plusieurs affections de l'utérus qui donnent lieu à la dysménorrhée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Mémoire sur un nouveau procédé d'amputation du pénis destiné à prévenir l'atrésie de l'urèthre (¹);

Par M. Bourguet (d'Aix).

L'amputatiou de la verge est une des opérations les plus simples de la chirurgie, à ne la considérer qu'au point de vue du manuel opératoire. Il suffit, en effet, de faire tendre convenablement la

(¹) L'intérêt tout pratique qui s'attache à ce travail nous engage à en reproduire une grande partie, telle que l'a publiée la *Gazette hebdomadaire*.

peau par un aide, qui saisit l'organe vers sa racine, de la tendre soi-même avec la main gauche en embrassant le gland entouré d'une compresse, et de couper ensuite d'un seul trait, au moyen du bistouri ou d'un petit couteau à amputation, les téguments, les corps caverneux et l'urèthre, absolument comme on coupe une tranche de saucisson.

C'est là la méthode de Ledran et Boyer, recommandée, avec de très-légères modifications, par la plupart des auteurs classiques. Elle est, incontestablement, d'une facilité et d'une rapidité d'exécution merveilleuses. Malheureusement, ces avantages sont rachetés par quelques inconvénients, au nombre desquels il convient de placer la *rétraction de l'urèthre.*

Cette rétraction peut être *immédiate* ou *consécutive.*

La rétraction immédiate s'observe particulièrement lorsque l'amputation a été pratiquée à la racine de la verge, à peu de distance de la symphyse, l'urèthre se trouvant, dans ce point, entouré par du tissu fibro-celluleux doué d'une assez grande laxité, ce qui lui permet de glisser et de se déplacer en arrière, à la manière des artères dans leur gaîne celluleuse après une plaie transversale de ces vaisseaux, et, par suite, de se dérober à la vue de l'opérateur.

Cet accident, nous le reconnaissons, n'est pas très-commun, puisque, dans la dernière discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie sur cette amputation, en 1864 (1), aucun des membres éminents qui ont pris la parole n'avait eu l'occasion d'en observer d'exemple. Cependant, tout en prenant en grande considération ce résultat d'une pratique très-étendue, et tout en étant plus rassuré à cet égard que nous ne l'étions avant cette discussion, il ne nous semble pas moins qu'il y aurait quelque témérité à ne pas tenir compte des faits, assez nombreux, de rétraction immédiate que contiennent les annales de la science.

Ainsi, Ledran, dont l'autorité et la compétence ne sauraient être mises en question, dit avoir vu, dans un cas, l'*urèthre se fermer*, de manière que cinq à six heures après le malade ne pût uriner. Il ajoute que l'on eut beaucoup de peine à retrouver l'orifice de l'urèthre, et qu'on ne le distingua qu'en appuyant à plusieurs reprises le doigt sur la plaie pour sentir le point où la colonne d'urine faisait effort pour sortir (2).

MM. Barthélemy (de Saumur) et Rennes (de Bergerac) ont rap-

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, t. V, 2e série, p. 333, 336, 344.
(2) Ledran, *Traité des opér. de chir.*, p. 208. Paris, 1742.

porté un fait du même genre, mais beaucoup plus grave, observé à l'hôpital militaire de Strasbourg, dans le service de Béclard. Dans ce cas, à la suite de l'amputation du pénis, on ne put pas introduire de sonde dans la vessie. Il se produisit une rétention d'urine, pour laquelle on fut obligé de pratiquer successivement une ponction au périnée et une boutonnière à l'urèthre. A l'autopsie (le malade étant mort six mois après de la variole), on trouva l'urèthre *complétement oblitéré* sur le moignon du pénis [1].

Sur un malade opéré par Gimelle, et qui mourut d'une infiltration d'urine, le chirurgien se trouva également dans l'impossibilité de placer une sonde dans la vessie immédiatement après l'opération [2]. Dans un autre cas, observé à l'hôpital de Bordeaux par M. Miramont, on fut un quart d'heure avant de retrouver l'orifice de l'urèthre [3]. Enfin, M. Bury dit avoir vu la même difficulté se reproduire à l'hôpital d'Angers [4].

Ces faits, quoique en petit nombre, nous paraissent suffisants pour démontrer la réalité de l'accident dont il s'agit, et pour faire comprendre l'utilité des préceptes qui ont pour but de le prévenir.

Quant à la rétraction consécutive, son existence est admise par tout le monde, et se trouve démontrée, d'ailleurs, par des faits extrêmement nombreux.

Ainsi, outre ceux qui ont été rapportés par MM. Chassaignac, Broca, Voillemier, Velpeau, Demarquay, Richet, dans la discussion dont nous venons de parler, on lit dans Bertrandi que Nannoni fut obligé de recourir à la dilatation de l'orifice de l'urèthre, qui s'était considérablement rétréci parce que l'on avait négligé d'y introduire une bougie après l'amputation [5]. Le professeur Barthélemy (d'Alfort) a communiqué à l'Académie de médecine, en 1826, l'observation d'un cheval chez lequel il s'était produit, plusieurs mois après l'amputation de la verge, une rétention d'urine, par suite du rétrécissement et de l'oblitération presque complète du nouveau méat, et auquel il avait été nécessaire de pratiquer l'opération de la boutonnière [6]. A la suite de cette communication, le professeur P. Roux cita l'observation d'un homme auquel il avait coupé la verge trois ans et demi auparavant, et qui venait d'éprouver une

[1] *Journ. hebd.*, octobre 1833. — *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 27.
[2] *Gaz. méd. de Paris*, 1839, p. 731.
[3] A. Bérard, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XXIII, p. 445.
[4] *Ibid.*, p. 446.
[5] Bertrandi, *Traité des opér. de chir.*, p. 248. Paris, 1769.
[6] *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 318, année 1826.

rétention d'urine due à la même cause. Il rapporta, pareillement, le cas d'un second malade sur lequel la verge avait été amputée par une main criminelle, et qui avait été atteint d'une coarctation très-forte de l'orifice de l'urèthre, à laquelle il avait fallu remédier par une incision [1]. Dans une discussion précédente, à la Société de chirurgie, M. Cullerier avait déclaré n'avoir guéri un de ses opérés qu'avec un rétrécissement considérable du nouveau méat [2]. Enfin, M. Ricord dit avoir rencontré un cas d'atrésie et un autre d'oblitération de l'orifice de l'urèthre consécutifs à la même opération [3].

Nous avons eu, pour notre compte, l'occasion d'observer un cas du même genre, dont les suites ont été encore plus fâcheuses que dans les cas cités tout à l'heure, en ce que la mort en a été la conséquence, et qu'elle a été due bien évidemment aux accidents survenus du côté de la vessie par l'effet de l'atrésie progressive du nouveau méat.

Voici ce fait, qui s'est passé à l'hôpital d'Aix, il y a déjà un certain nombre d'années :

Un homme de quarante-cinq ans est soumis à l'amputation de la verge pour un cancroïde ulcéré de cet organe. L'amputation est pratiquée à la partie moyenne du pénis, en coupant au même niveau la peau, les corps caverneux et l'urèthre. Une sonde est introduite dans la vessie après l'opération et laissée à demeure pendant dix à douze jours. Quelque temps après qu'elle a été enlevée, on s'aperçoit que le nouveau méat se cache dans la profondeur du moignon. On reprend l'usage de la sonde, mais l'introduction n'en est plus possible ; des bougies plus petites sont essayées sans meilleur résultat. Le malade ne tarde pas à être pris de dysurie, de besoins fréquents d'uriner, de fièvre, d'insomnie, de perte d'appétit ; bref, il succombe trois mois après l'opération, sans nouvelle intervention chirurgicale.

Tous ces faits, qu'il serait facile de multiplier, conduisent à la même conclusion pratique : c'est que l'atrésie de l'urèthre soit immédiate, soit consécutive, est un accident possible et qui doit préoccuper le chirurgien au moment d'entreprendre une opération de ce genre, cette circonstance pouvant compromettre le résultat de l'opération, et exposer tous les malades à tous les inconvénients et à tous les dangers des coarctations uréthrales.

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 318, année 1826.
(2) *Comp. rend. de la Soc. de chir.*, 24 décembre 1856.
(3) *Gaz. des hôp.*, 25 février 1843.

Il y a là, comme on le voit, des motifs plus que suffisants pour justifier les tentatives qui ont été faites, depuis un certain nombre d'années, en vue de se mettre à l'abri d'un pareil accident.

Nous ne croyons pas nécessaire d'entrer dans de longs développements sur ces diverses tentatives, non plus que sur les procédés ingénieux proposés ou employés dans ce but par MM. Barthélemy, Rorbye, Velpeau, Ricord, Smyly, Langenbeck, Rizzoli, et surtout par M. Demarquay, dont le procédé, le dernier en date, est incontestablement le plus complet, le mieux étudié et le plus avantageux. Nous nous bornerons à faire remarquer que ces procédés ont été pour la plupart inspirés par un principe de chirurgie réparatrice posé par Dieffenbach à propos de la restauration des lèvres, à savoir, l'importance que présente la conservation de la muqueuse, son renversement en dehors et sa réunion à la peau, afin de prévenir la coarctation des orifices naturels par la rétraction du tissu cicatriciel.

Celui que nous allons faire connaître repose sur ce même principe. Il diffère, toutefois, de ceux qui viennent d'être indiqués, en ce que les lambeaux de la muqueuse sont plus étendus, plus épais, plus matelassés, étant doublés de tissu spongieux, et d'autre part, en ce que la ligne de cicatrisation de la plaie est portée plus en dehors, ce qui rend le rétrécissement consécutif plus difficile à se produire. Ajoutons, par anticipation, qu'il a été appliqué trois fois sur le vivant, et que, dans ces trois cas, il a permis d'obtenir un nouveau méat sans aucune tendance à la rétraction, ni sur le moment, ni plus tard, les malades ayant pu être suivis tous les trois pendant plusieurs années après l'opération.

Voici, maintenant, la description de ce procédé :

Premier temps. — Le malade étant couché sur le bord de son lit et soumis aux inhalations de chloroforme, un aide saisit la racine de la verge près du pubis et tire légèrement la peau de son côté. Le chirurgien, à son tour, saisit la portion de l'organe à retrancher avec les trois premiers doigts de la main gauche ou avec une pince de Museux, et attire les téguments de façon qu'ils soient convenablement tendus. Il cherche alors à s'assurer de la situation précise du canal de l'urèthre, à l'aide d'une sonde ou d'un stylet introduit dans son intérieur, et règle le point où devra porter l'amputation, en reconnaissant avec soin l'étendue et les limites du mal, après quoi il pratique à ce niveau, avec le bistouri, une incision circulaire, comprenant les téguments seulement, tout en ménageant ceux de la face inférieure de l'urèthre.

Deuxième temps. — Cela fait, un bistouri droit, à lame un peu longue, ou un petit couteau interosseux, est plongé directement de bas en haut ou de haut en bas sur la ligne médiane et fend complétement la verge, d'arrière en avant, en deux moitiés égales, depuis les limites du mal jusqu'à l'extrémité du gland. Les deux lambeaux étant écartés l'un de l'autre, on aperçoit alors, au fond de la plaie, en haut les corps caverneux, en bas le canal de l'urèthre divisé en deux valves dans toute la portion à retrancher. Chacune de ces deux valves sert à tailler un lambeau que l'on dissèque largement, en ayant soin de comprendre dans la dissection non-seulement la muqueuse, mais encore le tissu spongieux qui la double à l'extérieur. On possède ainsi deux lambeaux bien matelassés, auxquels il est facile de donner la forme et la longueur que l'on désire, mais qu'il convient de laisser plutôt trop longs que trop courts.

Troisième temps. — L'aide qui embrassait la verge à sa racine attire un peu fortement la peau en arrière, ce qui met à découvert la face externe des corps caverneux. Ceux-ci se trouvant isolés des deux lambeaux muqueux taillés tout à l'heure, les limites du mal étant de nouveau bien constatées et les susdits lambeaux qui flottent au dedans étant reconnus suffisamment étendus et dans des conditions propres à former une bonne réunion, l'opérateur procède à la section des corps caverneux avec la chaîne de l'écraseur linéaire, ou, s'il le préfère, avec le bistouri ou les ciseaux courbes, en ayant la précaution d'opérer cette section un peu en arrière de celle des téguments et de l'urèthre, afin que le nouveau méat constitue, après la guérison, le point le plus saillant du moignon.

Quatrième temps. — L'hémorrhagie étant complétement arrêtée, les deux lambeaux sont rejetés sur le moignon et réunis à la peau à l'aide de quelques serres-fines ou de quelques points de suture métallique. Un peu de charpie imbibée d'eau fraîche est appliquée sur le reste de la plaie; une compresse mouillée, pliée en plusieurs doubles, recouvre le tout et est renouvelée de temps en temps; aucune sonde n'est placée à demeure dans l'urèthre, le malade a seulement la précaution d'enlever la compresse toutes les fois qu'il veut uriner.

En résumé, ce procédé repose :

1° Sur la division postéro-antérieure de la verge comme opération préliminaire;

2° Sur la formation de deux lambeaux constitués par la muqueuse uréthrale et le tissu spongieux qui lui sert de doublure;

3° Sur la section de l'urèthre un peu en avant des corps caverneux, de façon que le nouveau méat se trouve placé à la partie la plus saillante du moignon ;

4° Enfin, sur le déplacement et la déviation en dehors de la ligne de cicatrisation de la plaie une fois que la guérison a été obtenue.

Il a contre lui d'obliger à sacrifier un peu plus de l'organe dans les cas, assez rares, où la dégénérescence a envahi l'urèthre dans une plus grande étendue que le reste du pénis, et d'être un peu plus long et plus compliqué que le procédé ordinaire, avec ou sans la modification connue sous le nom de *M. Ricord.* Mais il a, d'un autre côté, pour avantages de permettre à l'opérateur de ne pas perdre l'urèthre de vue, d'agir constamment à découvert pendant toute la durée de l'opération, de rendre très-facile l'application de ligatures en cas d'hémorrhagie, de procurer un nouveau méat qui présente la plus grande analogie avec le méat naturel, et qui n'offre pas, par la suite, de tendance à la rétraction. Enfin, et nous croyons aussi devoir insister sur ce point, qu'il donne aux malades la facilité d'uriner droit devant eux sans avoir besoin de s'accroupir et sans être exposés à salir habituellement leur chemise ou leur pantalon, ce qui n'est pas non plus indifférent dans les circonstances ordinaires de la vie.

A ces premiers avantages, nous ajouterons que les lambeaux étant plus épais sont moins disposés à se mortifier et à se recoquiller en dedans, que le siége et l'étendue de la dégénérescence (lorsque c'est pour un cancer que l'on ampute, ainsi que cela a lieu le plus généralement) sont plus faciles à préciser et à délimiter exactement; enfin, que dans le cas où l'on viendrait à s'apercevoir, pendant l'opération, que le cancer s'étend plus loin qu'on ne l'avait supposé, on n'aurait qu'à prolonger l'incision en arrière, ainsi que nous l'avons fait chez le second de nos opérés.

La préférence donnée à l'écrasement linéaire sur l'instrument tranchant nous a été inspirée par la pensée de nous prémunir contre les dangers de l'infection purulente ou de la phlébite. La simplicité des suites de l'opération et la rapidité de la cicatrisation de la plaie, dans les deux cas où elle a pu être abandonnée à elle-même (la troisième ayant nécessité, on s'en souvient, l'application de caustiques énergiques), nous semblent justifier cette pratique et venir à l'appui des faits analogues rapportés par M. Chassaignac et d'autres chirurgiens.

Nous ferons remarquer, toutefois, que la méthode de l'écrase-

ment linéaire n'a pas été employée ici d'une façon exclusive, qu'elle a servi seulement à opérer la section du corps caverneux, tandis que la formation des lambeaux destinés à reproduire les lèvres du nouveau méat (*méatoplastie*) et la division circulaire des téguments ont été faites, au contraire, au moyen de l'instrument tranchant.

Notre but, en agissant de la sorte, a été d'emprunter à l'écrasement linéaire ses principaux avantages (sécurité plus grande pendant l'opération au point de vue de l'hémorrhagie, moins de chances de phlébite, d'infection purulente, de suppuration prolongée) et de trouver en même temps le moyen de combattre avantageusement la rétraction immédiate et consécutive de l'urèthre, en reproduisant, autant que possible, les conditions normales du méat urinaire. L'hémorrhagie, il est vrai, n'a pas été constamment prévenue, puisque la ligature des artères caverneuses a été nécessaire dans un cas. Mais nous n'avons observé ni phlébite, ni infection purulente, la plaie s'est rapidement cicatrisée, et les dimensions de l'orifice de l'urèthre ont été conservées d'une manière aussi complète que possible.

Nous ferons remarquer, en second lieu, l'absence de toute récidive de l'affection cancéreuse chez nos trois opérés, pendant une période assez longue (trois ans, quatre ans, quatre ans et demi), en même temps que l'absence de toute disposition au suicide chez aucun d'eux; nous pourrions même dire la disposition toute contraire; l'un d'eux s'étant marié depuis l'opération, un second ayant prétendu pouvoir se livrer à des rapprochements sexuels, et le troisième paraissant prendre très-philosophiquement son parti de la perte à peu près complète de l'organe copulateur.

Nous ne voudrions certainement pas faire honneur de ce résultat à l'écrasement linéaire ni au procédé spécial d'amputation pénienne qui ont été employés. Il est plus que probable que toute autre méthode aurait eu la même conséquence. Nous en conclurons seulement que la récidive et la disposition au suicide ne sont pas aussi communes qu'on l'avait cru; que le cancer du pénis doit être opéré avec tout autant, sinon même avec plus de confiance que celui des autres organes, et que, dans le cas de bourgeonnement de mauvaise nature à la surface de la plaie, on ne doit pas hésiter à cautériser énergiquement et avec persévérance, le succès étant encore possible dans ces conditions.

Nous terminerons ce travail par les conclusions suivantes :

1° Pour prévenir l'atrésie de l'urèthre à la suite de l'amputation

du pénis, on doit chercher à reproduire les conditions normales du méat urinaire.

2° Ce but peut être atteint en formant deux lambeaux larges et épais, aux dépens de la muqueuse du tissu spongieux qui la double extérieurement. Ces lambeaux sont ensuite rabattus sur le moignon et fixés dans cette position au moyen des serres-fines ou de la suture métallique.

3° En procédant de la sorte, on reporte en dehors la ligne de cicatrisation de la plaie, on permet aux lèvres du nouveau méat d'être attirées dans ce dernier sens par la rétraction du tissu cicatriciel, et l'on éloigne ainsi les chances de coarctation consécutive.

4° La division longitudinale de la verge rend la formation de ces lambeaux très-facile et n'allonge pas beaucoup l'opération.

5° Cette méthode permet, en outre, de constater avec plus de facilité l'étendue de la dégénérescence dans les cas de cancer.

6° L'écrasement linéaire présente des avantages pour la section des corps caverneux ; les autres temps de l'opération (division de la verge, taille des lambeaux, division circulaire des téguments) devant être pratiqués par l'instrument tranchant.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la coloration en jaune que prennent les objets aux yeux des malades traités par la santonine.

Nous extrayons des leçons de thérapeutique faites par le professeur Franceschi Giovanni le résumé d'expériences faites sur la santonine et de déductions sur la cause de la couleur jaune que prennent les objets aux yeux de certains malades traités par le semen-contra ou la santonine.

On sait que la santonine est insoluble dans l'eau et soluble dans l'alcool; exposée à l'action de la lumière, elle se colore en jaune : c'est pourquoi il est nécessaire de la conserver dans des vases noirs. C'est un fait constant que la santonine absorbée communique aux urines une couleur intermédiaire entre le jaune et le verdâtre; et bien qu'elle ne produise ni ténesme, ni ischurie, elle cause souvent de l'hématurie. L'auteur cite un enfant de six à sept ans qui, quelques heures après avoir pris en une fois six grains de santonine, commença à uriner du sang et finit par périr au bout

de très-peu de temps, l'hémorrhagie n'ayant pu être arrêtée. Le docteur Ambroix a cité des exemples analogues.

Tout le monde connaît aussi les effets très-remarquables de la santonine sur l'appareil de la vision. Une ou deux heures après avoir été ingérée, elle obscurcit la vue et fait apparaître dans le champ de la vision des couleurs jaunes ou vertes. A quoi tient cet étrange phénomène? Le professeur ne croit pas à une action élective sur les nerfs optiques, et cela pour deux raisons : 1° parce que le semen-contra et la santonine ne produisent pas d'effets physiologiques qui permettent de les ranger parmi les médicaments nervins; 2° parce que de tous les remèdes véritablement nervins il n'en est aucun qui attaque un filet nerveux sans agir sur le système entier. Il en est ainsi du *rhus radicans*, qui a, dit-on, une action élective sur les nerfs de la langue; autant de la pulsatille, à laquelle on a attribué une action sur les nerfs visuels. Il en est de même du seigle et de l'ergotine que l'on dit avoir une action sur les nerfs sacrés. L'auteur soutient que la santonine ne fait que teindre les humeurs de l'œil et qu'elle n'agit pas autrement sur le champ de la vision. Mais pourquoi les mêmes effets ne s'observent-ils pas avec la rhubarbe et la garance? Parce que ces substances entrent déjà colorées, tandis que la santonine se donne blanche, et ce n'est que dans l'intérieur du corps qu'elle devient jaune, et elle ne change de couleur qu'en rencontrant la lumière. Mais dans l'organisme où la santonine est absorbée et est portée dans le torrent de la circulation, où prend-elle la lumière qui lui donne cette coloration jaune? dans les urines avec lesquelles elle s'échappe au dehors, mais seulement lorsqu'elles ont été expulsées. Elle prend cette couleur dans le sérum du sang, mais seulement aussi lorsqu'il est extrait des veines. En effet, remarquez que les urines des gens qui ont pris de la santonine jaunissent ou verdissent après qu'elles sont dans le vase, mais qu'elles ne sortent de la vessie ni jaunes ni vertes. Comme la lumière pénètre en nous par les yeux, si nous admettons que le principe santonique pénètre dans l'humeur aqueuse, il est facile de comprendre que c'est dans ce milieu que la santonine change de couleur et fait apparaître, en changeant, des taches jaunes et vertes tant que dure la coloration. Si l'on reconnaît que la santonine est blanche quand elle est ingérée, et que pour jaunir elle a besoin de la lumière, si l'on admet qu'elle ne trouve de lumière nulle part ailleurs que dans l'appareil oculaire, on reconnaîtra aussi, avec l'auteur, que le changement de coloration s'accomplit dans l'organe de la vision, et l'œil, qui change momentanément

de couleur, manifeste ce changement en faisant paraître devant lui des taches ou des figures.

Voici sur quelles preuves s'appuie l'auteur. Il expose à la lumière du soleil, dans le fond d'un verre, deux grains de santonine, au bout de peu de temps, la santonine prend une couleur jaune de chrome. Il ingère la santonine telle qu'elle était à jeun ; au bout de quatre heures, nulle sensation générale ni locale; la pupille n'est ni contractée, ni dilatée; la vue est parfaite, nulle trace d'ombre ou de tache dans le champ de la vision, perceptible même en lisant. Les urines ne présentent aucune coloration anormale. Qu'était donc devenue l'action élective de la santonine sur les nerfs optiques? Elle ne se manifesta pas, dit l'auteur, parce que je lui avais fait prendre la couleur jaune avant de l'ingérer. Le lendemain, pour faire la contre-épreuve, l'auteur prit deux grains de santonine entièrement blanche, telle qu'elle vient des pharmacies. Au bout d'une heure il voyait jaune, vert et sombre partout. Ce phénomène dura deux heures pendant lesquelles la pupille resta dilatée. Du reste, il n'éprouvait ni pesanteur de tête, ni malaise, ni secousse nerveuse; quant aux urines, après la miction, elles étaient claires et blanches, et peu après elles prirent dans le vase une coloration jaune et définitivement verdâtre.

En résumé, l'action de la santonine sur l'appareil visuel est une simple action de teinture; mais comme cette substance teint profondément, qu'elle produit dans l'œil des perturbations visuelles qui peuvent altérer la vue, ne serait-il pas à propos d'éviter cette sorte d'*éclipse* dans la crainte que les yeux ne viennent à en souffrir. C'est facile et on peut y arriver par deux moyens : le premier est de donner la santonine qui a été exposée au soleil et qui a pris une nuance jaune, le second est de ne pas la prendre le jour, mais la nuit. De cette façon-là, il ne se produira ni taches, ni fantômes devant l'œil, et la vision ne pourra être compromise. E. T.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur le traitement du tétanos par la fève de Calabar.

A monsieur le Rédacteur en chef du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Mon cher confrère,

Vous êtes très-convaincu de l'efficacité de la fève de Calabar contre le tétanos, et vous n'êtes pas le seul. Mon ami Sée pense

comme vous, autorisé sous ce rapport par des faits de guérison incontestables; seulement, pour ne pas se faire d'illusion à cet égard, il faut publier les insuccès en même temps que les guérisons. Je ne l'eusse pas fait dans le cas actuel, pour ne pas laisser croire que j'ai l'intention de contredire des confrères aussi honorés qu'honorables, mais vous m'y avez invité et je me rends à vos désirs, en vous priant d'ajouter à ce fait toutes les observations que vous jugerez convenables.

OBSERVATION. *Tétanos spontané : emploi de la teinture de haschisch, puis de la fève de Calabar; mort. Congestion de la moelle.* — Blanche Scheidt, huit ans, entrée le 18 mars 1868, morte le 29, à l'hôpital des Enfants, service de M. Bouchut. Cette enfant, toujours bien portante, se promenait dans la rue, lorsque le 16, en tournant la tête, elle tomba sur le dos, et sur le trottoir, sans rencontrer d'objet saillant. Elle a pu se relever et rentrer à la maison, mais, dans la journée, elle a vomi deux fois et a été à la garde-robe. Le mardi 17, elle a cessé de marcher, et, le 18, elle avait un renversement très-prononcé du corps en arrière. C'est dans cette situation qu'on l'amène à l'hôpital.

Etat actuel. Trismus et opistothonos très-prononcé, sans douleur ni secousse tétaniques. L'intelligence est intacte, de même la sensibilité cutanée; mais les mouvements réflexes sont très-affaiblis. Le mouvement des membres n'est cependant pas aboli. L'enfant ne tousse pas, sa respiration est un peu difficile, diaphragmatique, suspirieuse, avec un peu d'immobilité des côtes supérieures. Peau modérément chaude; pouls réguliers; température axillaire, 37. Pas de céphalalgie, légère douleur dorsale, mais pas de rachialgie.

Ses yeux, à l'ophthalmoscope, présentent une teinte très-noire des veines rétiniennes qui ne sont pas dilatées, et une coloration très-rouge de la papille, sur toute la circonférence, de façon à en voiler les bords, mais en laissant au centre une partie blanche éclatante.

6 sangsues à l'anus; sirop de belladone, 10 grammes.

20 mars. Les sangsues n'ont pas beaucoup coulé, et la journée s'est passée assez paisiblement, sans cris, sans douleurs. L'état est le même qu'hier, sauf qu'à l'opistothonos se joint un certain degré de pleurostothonos.

Teinture de haschisch, 10 gouttes toutes les heures.

21 mars. L'enfant est dans le même état; elle ne crie pas; elle se plaint un peu du dos et du ventre, mais ne souffre pas beaucoup. De temps à autre, elle a de petites secousses des muscles tétanisés. Peau modérément chaude; température axillaire, 37; pouls régulier, 80. L'état du fond de l'œil est le même.

Teinture de haschisch, même dose.

22 mars. Même état. *Teinture de haschisch*, 20 gouttes par heure.

23 mars. L'enfant est dans le même état; pas de vomissements, pas de garde-robes depuis huit jours. Les secousses ont presque disparu; mais la roideur est la même, et on lève l'enfant d'une

seule pièce en la soulevant par la tête. La roideur est plus prononcée dans la jambe droite que dans la jambe gauche. La sensibilité est intacte et les mouvements réflexes abolis. Même état de trimus; mais l'enfant peut boire en avalant quelquefois de travers. La respiration est assez paisible, surtout diaphragmatique, irrégulière à cause de la rigidité des côtes, 28; pouls régulier, 112; température axillaire, 37.

Teinture de haschisch, 20 gouttes par heure.

25 mars. La roideur du rachis et du cou est la même, mais le trismus est moindre, ainsi que la rigidité des membres inférieurs. Il n'y a ni douleurs, ni secousses tétaniques; pas de vomissements, ni de garde-robe. Peau modérément chaude; pouls un peu irrégulier, 112.

Même prescription, plus un bain de vapeur et un lavement avec 5 grammes de séné.

26 mars. Même état; pas de secousses, ni de douleurs; pas de vomissements; une garde-robe par lavement. Respiration diaphragmatique avec tension des muscles abdominaux et thoraciques. Peau assez chaude, moite; température axillaire, 38,8. Rectum, 40,1. Pouls régulier, 112.

Extrait de fève de Calabar, 20 centigrammes.

27 mars. L'enfant est restée enveloppée dans une couverture de laine, ce qui l'a mise dans une transpiration considérable. Elle paraît un peu moins roide; la tête est aussi renversée, mais ses yeux et sa bouche s'ouvrent davantage; les jambes ont plus de souplesse, et l'on peut fléchir à demi le tronc sur les cuisses. Les côtes sont rigides, et la respiration ne se fait que par le diaphragme. Soif fréquente; un peu d'appétit, pas de garde-robes. Bon sommeil, sans disparition de la roideur musculaire; température axillaire, 38, 4. Pouls régulier, 120.

Extrait de fève de Calabar, 30 centigrammes.

28 mars. Même état qu'hier. Pouls régulier, 106.

Extrait de fève de Calabar, 40 centigrammes.

29 mars. L'enfant est morte hier, et elle s'est éteinte doucement, après avoir notablement pâli sous l'influence de la rigidité du diaphragme arrêtant la respiration. On a bien regardé après la mort, et il n'y a pas eu de résolution des muscles. La raideur du cou et du tronc est restée la même.

Autopsie. Les *sinus* de la dure-mère sont remplis de sang noir mollement coagulé.

Les veines *méningées* sont fortement distendues de sang et la *pie-mère* est très-injectée, adhérente à la substance corticale non ramollie. Nulle part, à la convexité ni à la base, il n'y a d'infiltration séreuse ou purulente.

La *substance cérébrale* est ferme, consistante, fortement injectée, rose-violette dans les circonvolutions sur la substance grise, et elle est le siége d'un sable intense dans le centre ovale. Les ventricules latéraux sont sains, ne renferment pas d'épanchement et leurs parois n'offrent aucun ramollissement.

La *moelle* ne présente aussi qu'une forte injection de la pie-

mère et de sa substance propre, mais aucune altération appréciable à l'œil nu.

Le cerveau et la moelle, examinés au microscope sur différents points de leur étendue, dans le laboratoire de Ch. Robin, n'ont présenté aucune altération de leurs éléments.

Réflexions. Ce fait de tétanos peut donner lieu à des observations de différente nature, tant sous le rapport de l'étiologie que de l'anatomie pathologique, des symptômes et du traitement.

Il s'agit ici d'un tétanos venu à la suite d'une chute insignifiante sur le sol, n'ayant produit ni perte de connaissance, ni plaie de tête, ni fracture du crâne. En marchant, l'enfant est tombée à la renverse, mais elle a tout aussitôt repris pied, et le soir elle a vomi; le lendemain, elle a cessé de marcher et au troisième jour le tétanos était établi.

Ce tétanos a eu cela de particulier qu'il n'a pas été douloureux, qu'il n'a pas été accompagné de secousses tétaniques, qu'il n'a produit aucun trouble de l'intelligence et enfin qu'il a été accompagné de fièvre avec augmentation notable de la température de l'aisselle et du rectum. Pour une névrose, s'il est vrai que le tétanos soit une maladie de cette classe, 38°,8 dans l'aisselle et 40°,1 dans le rectum, joints à la fréquence du pouls, sont des phénomènes qui doivent donner à réfléchir. De plus, enfin, et comme contribution future à l'histoire nosographique du tétanos, je dirai que l'ophthalmoscopie, en révélant une hyperémie anormale de la choroïde et de la rétine en rapport avec une lésion cérébro-spinale semblable, semble indiquer que le tétanos doit être retranché de la classe des névroses, pour être placé dans les congestions et les hémorrhagies des méninges de la moelle et du cerveau.

Au point de vue anatomique, il y a dans ce fait quelque chose de très-curieux, qui prouve combien il est encore nécessaire d'approfondir l'anatomie pathologique du tétanos. C'est le résultat de l'autopsie. L'ouverture du corps n'a fait découvrir qu'une forte hyperémie cérébro-spinale, tandis que, dans les faits précédemment observés par moi, par Mathuzinski, par Thore, par Levi, par Hervieux, etc., il y avait hémorrhagie du rachis et de la pie-mère. La conclusion a en tirer, aujourd'hui, c'est que si le tétanos est souvent accompagné d'hémorrhagies du rachis, cela n'est pas constant et, de plus, c'est que ces hémorrhagies sont peut-être l'effet du tétanos plutôt qu'elles n'en sont l'origine. Elles dépendraient alors de la violence des convulsions tétaniques, et quand les convulsions seraient très-faibles, insuffisantes pour amener la rup-

ture vasculaire, les hémorrhagies n'auraient pas lieu. Chez notre malade, la rigidité n'ayant pas été très-forte, on comprend que l'hémorrhagie n'ait pas pu se produire.

Pour terminer enfin, je parlerai de l'action thérapeutique de la fève de Calabar, qui est le mobile de cette publication. L'enfant reçue à l'hôpital des Enfants a été mise au traitement par la teinture de haschisch, dont j'ai rappelé les bons effets dans le chapitre *Tétanos* de mon *Traité des maladies des enfants*. Pendant six jours, elle a pris 20 et 30 gouttes de cette teinture toutes les heures, pendant le jour et pendant la nuit. Elle allait même un peu mieux, lorsque, sur l'avis de quelques confrères présents à ma visite, et m'affirmant qu'une ou deux doses d'*extrait de fève de Calabar* guérissaient le tétanos en quelques heures, je changeai de médication et prescrivis, le 26 mars, 20 centigrammes d'extrait de fève de Calabar. J'en donnai 30 centigrammes le 27 mars, puis 40 centigrammes le jour suivant, qui fut aussi celui de la mort, sans convulsions, sans violence et uniquement par l'extension du tétanos au diaphragme. Loin de moi la pensée de croire que la fève de Calabar ait eu une mauvaise influence, mais ce qu'on peut dire, c'est qu'elle n'a été d'aucun effet appréciable. L'enfant a succombé comme meurent tous les sujets atteints de cette maladie : par l'immobilisation du thorax, et il sera utile de placer cet insuccès à côté des nombreuses guérisons obtenues par d'autres médecins.

Dr Bouchut,
Médecin de l'hôpital des Enfants.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Note sur le traitement du tétanos par la fève du Calabar. — Nouvel exemple de guérison. — Une induction qui paraît pouvoir se tirer légitimement des notions acquises sur l'action de la fève du Calabar, c'est la possibilité d'appliquer utilement cette action au traitement de certaines affections nerveuses, telles, notamment, que le tétanos. Cette induction, que le *Bulletin de Thérapeutique* exprimait dès les premières tentatives faites pour introduire la substance qui nous occupe au rang des agents de la matière médicale, a paru recevoir sa justification d'un certain nombre de faits. Le premier en date, si nous ne nous trompons, a été publié dans ce journal, en 1864, par M. Lemaire,

alors interne dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital des Enfants. Il s'agissait d'un cas de tétanos spontané, qui, à la suite de l'emploi simultané de la médication sudorifique et de la fève du Calabar, se termina d'une manière heureuse, mais en laissant des doutes, vu la complexité des moyens mis en œuvre, sur la part à attribuer à chacun d'eux dans la guérison. Plus récemment, d'autres faits, plus concluants, dont la plupart ont été soigneusement enregistrés par nous, ont été livrés à la publicité. De ces faits, deux appartiennent à un professeur distingué de Glasgow, M. le docteur Watson, on les trouvera dans notre tome LXXII; un est dû à l'observation du docteur Campbell, il figure dans notre dernier volume; un autre, qui s'est rencontré dans la pratique du docteur Alexander, est mentionné par M. Watson dans une nouvelle publication que nous allons mettre à contribution dans cet article. Enfin, à côté de ces faits, il convient d'en ranger encore un dont l'observation, recueillie dans le service de M. Giraldès, vient d'être publiée par M. Bourneville, interne des hôpitaux.

C'est donc, d'après ce relevé, et sans compter le cas qui va être rapporté ci-dessous, six exemples de tétanos, spontané dans un cas, traumatique dans cinq, où la fève du Calabar a été employée, une fois concurremment avec un autre moyen actif, et dans les autres comme agent médicateur unique. Or, de ces six cas, cinq ont eu une issue favorable; quant au sixième, celui de M. Giraldès, le tétanos s'y était manifesté dans des conditions de traumatisme particulièrement graves, puisqu'il était survenu consécutivement à une plaie pénétrante du genou, qui avait rendu nécessaire l'amputation de la cuisse.

A ces faits, nous sommes en mesure aujourd'hui, grâce encore au professeur Watson, qui a continué son expérimentation clinique, d'en ajouter deux nouveaux, l'un suivi de guérison, l'autre terminé par la mort, mais qui ne devrait peut-être pas figurer dans l'espèce de bilan que nous sommes en train de dresser; car le malade, antérieurement au début du traitement par la fève du Calabar, était déjà dans un état désespéré, et la mort vint mettre un terme à ses souffrances avant que la médication eût pu être continuée un temps suffisant pour produire un effet quelconque.

De ces deux nouveaux cas de M. Watson, voici d'abord celui qui vient à son tour apporter son témoignage en faveur de la fève du Calabar dans le traitement du tétanos.

J. R***, garçon de neuf ans, entré à l'Infirmerie royale de Glasgow, le 8 juin 1867. Le 24 mai, il s'était fait une plaie contuse à la

plante du pied droit, qui, le jour de l'entrée, n'était pas encore cicatrisée, et mesurait deux pouces et demi de long sur deux de large. Jusqu'au 6 juin, il n'y avait eu aucun autre phénomène morbide que ceux de cette plaie elle-même ; mais ce jour, l'enfant avait commencé à se plaindre de rigidité des muscles de la mâchoire inférieure, et le lendemain il y avait inflexion du corps en arrière, et il accusait de vives douleurs lorsqu'on venait à le toucher. Quand il fut apporté à l'hôpital, il était dans l'impossibilité absolue d'ouvrir la bouche ; la surface abdominale était tendue ; on ne percevait aucun mouvement des parois thoraciques dû à la respiration ; les pupilles étaient légèrement dilatées ; le pouls battait 140, petit et faible ; en même temps, constipation, sueurs profuses, intelligence nette.

Le 8 juin, jour de l'entrée, à sept heures quarante-cinq minutes du soir, il y eut un accès d'opisthotonos, qui dura environ cinq minutes ; puis un autre semblable à neuf heures quarante-cinq minutes. A dix heures et demie, on commença le traitement par la fève du Calabar, qui fut administrée sous forme de teinture, à la dose de quatre gouttes, à répéter d'heure en heure. Plusieurs nouveaux accès d'opisthotonos eurent lieu dans la nuit; et, le lendemain, la dose fut portée à cinq gouttes, puis à dix gouttes toutes les heures. En même temps, une goutte d'huile de croton fut prescrite. Jusque-là, pas de difficulté dans la déglutition. Pouls à 96.

Le 10. Le malade a dormi deux ou trois heures de suite, à plusieurs reprises, dans le courant de la soirée et de la nuit; il en est résulté que la teinture n'a pu être prise que six fois. A quatre heures vingt minutes, léger accès d'opisthotonos. Pas de garde-robe. L'enfant a pu prendre assez bien des aliments, et même mâcher un peu de pain. Pouls à 84.

Le 11. Le traitement a été continué toute la journée du 10, et il n'y a eu qu'un seul accès, de peu d'intensité, à six heures du soir. Une dose de teinture a été prise à huit heures du soir, et le petit malade a dormi depuis ce moment jusqu'à six heures du matin. A son réveil, huile de croton, une demi-goutte dans une demi-once d'huile de ricin, puis continuation de la teinture de fève du Calabar d'heure en heure. Ce matin, la rigidité est plutôt plus prononcée et les spasmes opisthotoniques sont plus facilement suscités par le moindre attouchement sur un point quelconque du corps. A quatre heures quarante-cinq minutes, la roideur générale persistant, la dose de teinture est élevée à quinze gouttes par heure; augmentation malgré laquelle, à six heures, six heures quarante cinq minutes, et huit heures, il se produit de nouveaux accès très-intenses d'opisthotonos, dont le dernier se prolonge environ dix minutes. Pendant leur durée, sueurs profuses, extrême fréquence des battements du cœur. Il y a eu, du reste, une garde-robe abondante, et le malade a pu prendre pour dîner un peu de pain et du jus de viande.

Le 12. Bon sommeil la nuit dernière, malgré le soin qu'on a eu de réveiller le malade toutes les deux heures pour lui administrer la teinture. Pas d'accès, mais seulement des soubresauts. Ce matin, les muscles sont, en général, plus relâchés qu'ils ne l'ont encore

été; pouls à 80. — Le soir. Pas d'accès aujourd'hui, mais soubresauts chaque fois qu'on est venu le déranger ou le toucher. Quinze gouttes de teinture ont été prises toutes les heures. Pas de garde-robe.

Le 13. Pas d'accès la nuit dernière, bon sommeil, quoi qu'il ait été interrompu toutes les deux heures pour l'administration de la teinture. Il semble y avoir une amélioration ce matin. — Dix heures du soir. Le malade a pris toute la journée ses quinze gouttes de teinture toutes les heures. Ce soir, pendant qu'il est endormi, la mâchoire est complétement relâchée, en sorte que la bouche peut être largement ouverte sans qu'on soit obligé d'employer la moindre force et sans interrompre le sommeil. Mouvements respiratoires également plus naturels; pouls à 68, faible, un peu irrégulier; pupilles notablement contractées; mais dès que l'enfant se réveille, la rigidité reparaît comme auparavant. A neuf heures, suspension de la teinture; à minuit, administration d'une demi-goutte d'huile de croton dans une demi-once d'huile de ricin.

Le 14. Pas d'accès la nuit passée. Selle abondante le matin. La teinture a été donnée, à la dose de quinze gouttes, de deux heures en deux heures, jusqu'à ce matin huit heures, et ensuite d'heure en heure. Pupilles plutôt dilatées. L'enfant a pu prendre un potage et même manger un peu de pain à son déjeuner. — A trois heures après-midi, la teinture est remplacée par une autre qui a été employée dans un cas précédent, et cette dernière étant regardée comme plus active, on n'en fait prendre que six gouttes à la fois, dose qui s'est montrée efficace dans le cas antérieur, chez un malade à peu près du même âge et atteint de la même affection. Cette dose, toutefois, se montra insuffisante dans le cas actuel, car le malade eut un accès d'opisthotonos très-intense à une heure du matin (le 15), lequel se prolongea assez longtemps. La quantité fut donc immédiatement portée à huit gouttes, mais sans amener le relâchement désiré. En conséquence, la teinture primitivement employée fut reprise, d'abord à la dernière dose de quinze gouttes, puis à celle de vingt, toutes les demi-heures dans la journée et toutes les heures pendant la nuit.

Le 18, la dose fut élevée à trente gouttes par heure, avec un résultat avantageux. Pendant les quatre derniers jours, le malade s'est remis peu à peu de sa rechute, qui semblait avoir été la conséquence de la soudaine diminution de la dose, faite le 14. Il n'y a pas eu d'accès d'opisthotonos marqué, à l'exception de celui du 15: mais seulement plus de roideur et des soubresauts des muscles de la partie postérieure du tronc. Le 18, relâchement plus prononcé qu'il n'y en avait eu jusque-là; mais en même temps les notes portent que la roideur, surtout du membre droit, se manifeste dès qu'on panse le pied blessé, quelque douceur qu'on y mette, même lorsqu'on se borne à y faire couler de l'eau tiède; on ne fait dès lors qu'un simple pansement à l'eau pure.

Le 19, à neuf heures du matin, l'état du petit malade étant tel qu'il vient d'être dit, on diminue la dose de la teinture, qui est ramenée à vingt gouttes toutes les deux heures, et l'on prescrit

quatre onces de vin de Xérès par jour. A trois heures du soir, deux accès d'opisthotonos, à la suite desquels il reste une rigidité générale. La teinture est reprise toutes les heures, et le soir le relâchement des muscles est revenu et les mâchoires peuvent être écartées d'un pouce l'une de l'autre. Pouls faible, ce qui détermine à administrer chaque jour trois onces d'eau-de-vie.

Le lendemain, retour de la rigidité et des soubresauts à un degré plus prononcé, et continuation de cet état toute la journée, malgré l'élévation de la dose de la teinture à trente gouttes par heure.

Le 21. Il y a eu une selle sous l'influence de l'huile de croton. Cessation de la teinture, qui, d'après les effets obtenus, ne paraît pas d'une suffisante énergie dans ce cas; elle est remplacée par l'extrait alcoolique dissous dans l'alcool, mixture dont on administre toutes les heures une quantité équivalente à un huitième de grain d'extrait. Après la troisième dose, relâchement beaucoup plus marqué. A partir de dix heures du soir, un sixième de grain toutes les deux heures seulement, afin de ménager le plus possible le sommeil du petit malade.

Le 23. L'amélioration continue. L'enfant peut manger une tranche de viande. Appétit bon, mais constipation. Huile de ricin, 15 grammes, et continuation régulière des doses d'extrait prescrites le 21.

A partir de la dernière date, l'amélioration alla toujours progressant, bien que lentement, les muscles de l'abdomen et de la partie postérieure du tronc étant les derniers à se relâcher. La dose d'extrait fut donnée d'une manière régulière, et graduellement augmentée jusqu'à un demi-grain toutes les deux heures. L'extrait fut ainsi administré depuis le 21 juin jusqu'au 3 juillet, c'est-à-dire pendant douze jours. Les effets produits furent : le relâchement complet de la rigidité des muscles; des vomissements de temps à autre, mais sans nausées, ou du moins sans nausées persistantes, car l'enfant ne cessa pas d'avoir de l'appétit; un changement très-notable quant à l'action des purgatifs, qui d'abord n'agissaient qu'à grand'peine, quoique énergiques, puis eurent une action facile, bien que moins actifs, et enfin devinrent tout à fait inutiles; — toutes circonstances qui démontrent qu'à mesure que le médicament maîtrisait la maladie, il commençait à manifester son action physiologique sur le canal alimentaire, c'est-à-dire un degré d'irritation indiqué par une abondante sécrétion de mucus et l'évacuation tant de l'estomac que de l'intestin.

En conséquence, l'administration de la fève du Calabar fut supprimée le 3 juillet, et en même temps un régime plus généreux, à la fois stimulant et réparateur, fut accordé. Tous les symptômes se calmèrent et disparurent, et, au bout de peu de jours, le petit malade, maintenant convalescent, put s'asseoir librement sur son lit; il dormait bien, sans aucun soubresaut, et prenait ses aliments sans difficulté et avec grand plaisir. En même temps, la plaie du pied s'était peu à peu cicatrisée. Enfin, il put quitter le lit vers le milieu de juillet, et bientôt aller et venir dans la salle comme s'il n'avait jamais été malade. Le 30, il quitta l'hôpital, parfaitement guéri.

« On ne révoquera pas en doute, je suppose, ajoute M. Watson, après avoir ainsi rapporté son observation, que je n'aie eu affaire chez cet enfant à un cas de tétanos traumatique aigu. Le petit malade fut admis à l'infirmerie dès le second jour du début de la maladie, et déjà il était en proie à des convulsions générales très-intenses. L'administration de la fève du Calabar fut immédiatement commencée par le docteur M. M'Gibbon, mon chirurgien interne, et l'intensité du mal se montra désormais amoindrie, si les progrès n'en furent pas dès l'abord décidément réprimés. Il y eut à cela deux raisons : la première, c'est la faiblesse des doses administrées. Je désirais m'assurer par l'expérience si nous ne pourrions pas triompher du tétanos sans jeter le malade dans un état de dépression alarmante, tel que celui qui s'est manifesté dans le premier cas que j'ai observé ; mais nous reconnûmes que, si les doses faibles mitigeaient et tenaient en bride la violence des accès, elles n'étaient pas susceptibles d'en prévenir complétement le retour. Probablement cela dépendait — et c'est là la seconde raison, je pense — de la gravité de l'affection dans ce cas. J'ai fait voir ailleurs que la fève du Calabar produit sur la moelle épinière exactement l'effet contraire à l'état dans lequel le tétanos prend naissance. Il suit de là que, quand celui-ci est très-intense, il est nécessaire que celui-là soit d'autant plus développé. Chaque cas doit être jugé et apprécié en lui-même, et les doses du médicament proportionnées à la gravité de la maladie chez chaque sujet particulier. Dans le cas qui vient d'être relaté, la maladie était, dans mon opinion, d'un type très-grave, et c'est pour cela que les doses données d'abord n'eurent d'autre effet que de la tenir en échec. Ces doses n'étaient pas assez puissantes pour la subjuguer tout à fait ; mais, sans elles, l'affection n'eût pas tardé à se montrer avec la terrible violence si connue de ceux que l'expérience a familiarisés avec ses phénomènes. Cette proposition, de même que la propriété que possède la fève du Calabar d'agir sur les symptômes du tétanos, ne pouvaient être mieux mises en lumière qu'en se reportant au cas lui-même. Le 11 juin, le patient avait eu un sommeil prolongé, durant lequel le médicament n'avait pas été donné de huit heures du soir à six heures du matin, et, en conséquence, les accès reparurent et la roideur redevint plus prononcée. Le 14 et le 19, encore, par suite de la diminution des doses, retour de rechutes semblables. En dernier lieu, la durée du cas fut de beaucoup abrégée par l'augmentation de l'énergie des doses vers la fin du traitement, lorsque l'extrait fut substitué à la teinture. Ces rechutes, répétées chaque

fois que fut diminuée la quantité du médicament pris par le malade, ne sauraient passer pour de pures coïncidences. Je suis persuadé, au contraire, que tout lecteur sans parti pris reconnaîtra une connexion directe entre ces diminutions des doses et ces mêmes rechutes, tandis que, entre leur augmentation et la guérison, il saisira d'une manière évidente un rapport de cause à effet. »

Arrivons maintenant au second cas de M. Watson.

Il s'agit d'un homme de trente-six ans, qui fut apporté à l'Infirmerie royale de Glasgow, dans la nuit du 15 septembre dernier, dans un état de convulsions tétaniques des plus violentes. La maladie s'était manifestée consécutivement à une plaie du gros orteil qu'il s'était faite en se heurtant contre un clou rouillé, quinze jours auparavant. Les symptômes prirent une violence plus grande encore pendant le trajet de la demeure du malade à l'hôpital, et, au moment de l'entrée, le chirurgien interne le trouva dans une situation extrêmement grave, couvert d'une sueur profuse, avec des accès presque ininterrompus et de la plus excessive intensité. Immédiatement on lui administra la fève du Calabar ; mais ce n'est qu'à grand'peine que l'ingestion put en être faite. Lorsque M. Watson vit le malade, à neuf heures du matin, le pouls était très-faible et très-fréquent, la face livide, les spasmes tétaniques incessants, et le patient avait le sentiment de sa fin prochaine. Néanmoins, M. Watson étant parvenu à lui faire avaler un demi-grain d'extrait dissous dans un peu d'alcool et étendu dans une cueillerée d'eau, crut pouvoir espérer qu'il aurait le temps de lui continuer le médicament de manière à en obtenir des effets ; mais son espoir fut déçu, car la mort survint une demi-heure après dans un paroxysme plus violent.

A peine peut-on dire, par conséquent, que la fève du Calabar ait été employée dans ce cas, et il est clair qu'il ne prouve rien ni pour ni contre l'action de cette substance dans le tétanos. Mais il en ressort un enseignement, et c'est sans doute pour le mettre en évidence que M. Watson a rapporté ce cas; le même motif nous le fait consigner ici. Cet enseignement, c'est qu'il est de la dernière importance d'agir vite, sans délai, dès le début de la maladie, surtout lorsque celle-ci se manifeste dès l'abord avec une violence considérable, afin de mettre sans retard l'économie sous l'influence du médicament dont on attend une action favorable ; car une fois le système nerveux envahi avec un certain degré de véhémence par le trouble morbide, il devient difficile, sinon impossible, de s'en rendre maître.

Mais comment s'y prendre dans un cas tel que celui dont il est ici question, lorsqu'il n'y a pas moyen, en raison du resserrement des mâchoires, d'introduire dans la bouche l'agent médicamenteux,

ou que, si l'on parvient à le porter dans la cavité buccale, la déglutition ne peut en être opérée. Précisément ce que l'honorable chirurgien anglais voulait faire, et qu'il regrette, d'après son aveu, de n'avoir pas fait plus tôt : porter le médicament au sein du tissu cellulaire, au moyen d'injections sous-cutanées. La chose serait d'autant plus facilement praticable, que nous avons à notre disposition une substance qui se prête très-bien à ce mode d'administration, et qui a toutes les propriétés de la fève du Calabar; on voit que nous voulons parler de l'ésérine, véritable alcaloïde, dont l'extraction est due à l'un de nos collaborateurs, M. le docteur Amédée Vée.

Mais il y a des cas, et ce sont, croyons-nous, les plus nombreux, où il n'existe nulle nécessité de recourir à la voie hypodermique, et où l'absorption du médicament peut être confiée à la muqueuse gastrique, ainsi que M. Watson et les autres observateurs l'ont fait jusqu'à présent. Dans ces sortes de cas, à quelle préparation convient-il de donner la préférence? Nous avons vu que d'abord notre auteur commença par prescrire le médicament sous forme de teinture alcoolique; celle qu'il employa fut la teinture préparée par percolation suivant la formule de Fraser, d'Edimbourg. Nous avons vu aussi que l'ayant continuée à doses croissantes pendant un temps assez considérable, du 8 au 21 juin, sans en obtenir d'effets décisifs, il la remplaça par l'extrait alcoolique, dissous dans l'alcool, solution dont il fit prendre une quantité correspondante d'abord à un huitième, puis à un sixième, puis graduellement jusqu'à un demi-grain d'extrait toutes les deux heures. Il est bon de remarquer toutefois qu'il ne faudrait pas faire préparer une grande quantité de cette solution à la fois; car elle laisse se précipiter au fond du flacon un dépôt louche, qui sans doute est formé par une partie de l'extrait, et qui doit ôter à la liqueur une partie de son activité. Pour obvier à cet inconvénient, M. Watson avait soin, dans le cas ci-dessus, de faire préparer chaque jour une nouvelle quantité de cette solution alcoolique d'extrait, de manière à l'avoir toujours fraîche.

Maintenant, un dernier mot en terminant. Résulte-t-il des expériences faites dans le traitement du tétanos, avec la fève du Calabar, que celle-ci constitue, contre cette maladie, un agent sur lequel on puisse compter? La réponse semble devoir être affirmative. Car, d'une part, théoriquement, l'action physiologique connue de cette substance paraît apte à exercer une influence favorable sur la modification morbide, quelle qu'elle soit, du système nerveux, d'où pro-

cèdé le tétanos ; d'autre part, expérimentalement, voilà jusqu'à ce jour six exemples de cette grave affection sur sept, qui se terminent par la guérison à la suite d'un traitement institué uniquement avec la fève du Calabar. Seulement, une remarque importante, et qui ne doit pas passer inaperçue, c'est que les guérisons se sont produites dans les cas où l'affection avait une marche plutôt subaiguë ou chronique que d'une acuité prononcée. C'est un point qui mérite considération ; mais on y peut objecter, avec M. Watson, que, sans l'action de l'agent employé, qui réfrénait le développement du mal, celui-ci aurait pu revêtir plus ou moins vite une forme plus aiguë et partant plus grave.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'iodure de méthyle. A la dernière séance de la Société médicale de Londres, le président, le docteur Richardson, a montré un échantillon d'un nouveau médicament, l'iodure de méthyle, destiné, selon lui, à prendre place dans la thérapeutique. Cet iodure a déjà été expérimenté par lui, l'année dernière, et il poursuivit ses recherches depuis cette époque.

L'iodure de méthyle s'obtient en distillant de l'esprit de bois avec de l'iode et du phosphore ; il bout à 110° Fahr. et sa formule est la suivante : C_2H^3I. Il est très-liquide, sa densité spécifique est 2,199, et la densité de sa vapeur 71. Le liquide se décompose assez facilement, l'iode se déposant. Pur, l'iodure de méthyl peut être administré en exhalations, et il produit l'anesthésie générale, mais s'il est impur ou altéré, la présence de l'iode mis en liberté cause du larmoiement, de la salivation et une excessive sécrétion bronchique. Dans une expérience, un animal succomba par irritation bronchique.

L'iodure de méthyle peut être donné également par la bouche : un minim vaut 3 grains d'iodure de potassium. De tous les iodures, c'est le plus actif : il neutralise les poisons organiques, et pourra être employé contre les accidents de la syphilis tertiaire. Des essais ont été déjà faits par M. Nunn, à l'hôpital de Midlesex, qui sert d'asile aux cancéreux, mais il y a trop peu de temps d'écoulé pour qu'on puisse avoir obtenu quelques résultats.

L'iodure de méthyle s'unit à certains alcaloïdes, tels que la nicotine, pour former des composés insolubles, et le docteur Richardson fait des recherches sur cette propriété antidotique, et il croit que, pour agir de la sorte, il faudra le prescrire dans une solution de pur alcool méthylique. (*The Lancet.*)

Action physiologique et médicamenteuse de la caféine. La caféine paraît exciter directement le cœur. Dans une première période, la circulation et la respiration sont accélérées, le pouls est plus fréquent, les sécrétions sont activées, l'appareil nerveux est irrité, le système musculaire tout entier se contracte violemment.

Dans une deuxième période, le cœur se ralentit, le pouls baisse, le système musculaire se fatigue, mais ne se paralyse pas, le système nerveux est fatigué.

Toxique pour la grenouille à la dose de 1 centigramme, de 15 ou 20 centigrammes pour le cochon d'Inde, la caféine peut être administrée à l'homme à la dose de plusieurs grammes ; elle ne séjourne que quelques heures dans l'économie.

C'est la caféine qui donne au café ses principales qualités ; en moyenne l'on absorbe 1gr,7 de caféine par jour. On a rapporté un cas d'intoxication par

le café chez un jeune docteur, qui en prenait cinq à six tasses par jour.

Le café comme l'alcool, dit M. Leveu, diminue l'excrétion de l'urée, il diminue les déchets urganiques et économise les tissus. Avec 2 litres de café par jour, les mineurs belges supportent, avec une nourriture peu substantielle, un travail musculaire énorme. Les caravanes qui traversent le désert bravent, grâce au café, de longues privations, et l'on sait que certains vieillards se nourrissent presque exclusivement de cette substance.

Comme agent *thérapeutique*, le café a été employé avec certains succès dans la *migraine*, l'*asthme*, la *fièvre typhoïde*, les *hydropisies* et les *hernies étranglées*. Si le café est nuisible à un certain nombre de personnes, provoque chez elles des palpitations et de l'agitation musculaire, nous dirons que chez le plus grand nombre il est une source de force physique et intellectuelle, qu'il est le meilleur contre-poison dans les cas d'empoisonnement par l'opium, et qu'après l'ammoniaque, le café est le meilleur substitutif pour combattre les effets de l'ivresse. (*Archives de physiologie normale et pathologique.*)

Cas de transfusion. M. Braman rapporte l'histoire intéressante d'un homme de trente ans, d'une corpulence athlétique, qui, en soulevant un poids très-lourd au-dessus de sa tête, fut pris subitement d'un vomissement abondant de sang. L'hémorrhagie continuant, malgré un traitement par les astringents, le malade tomba dans une prostration complète; le pouls n'étant plus perceptible, on eut recours à des cordiaux; enfin, on pratiqua, dans la veine médiane basilique, une injection de cinq onces de sang. Le pouls se releva, la chaleur revint aux extrémités et le malade se rétablit graduellement, et sortit de l'hôpital après trois semaines, complètement guéri. (*Boston médical Journal*, january 1868.)

Nouveau mode de traitement des tumeurs érectiles avec un cas de succès, par M. Hergott. L'auteur ayant vu, sur une enfant de sept mois, une tumeur érectile, volumineuse, siégeant à l'angle interne de l'œil, résister à la compression, au traitement par des épingles froides ou rougies, ainsi qu'au perchlorure de fer, et craignant les suites de l'extirpation, se proposa de traverser la tumeur par un trocart de Canquoin. Après l'introduction de cinq de ces flèches, la tumeur était réduite considérablement, et l'opération n'avait été suivie d'aucune altération des traits, la paupière inférieure n'avait subi aucune déviation. L'auteur s'étant proposé, par son procédé, d'obtenir la transformation de la tunique en tissu fibreux, le résultat déjà obtenu lui permet d'espérer qu'avec le temps la guérison pourra devenir plus complète. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 28 mars 1868.)

Tumeur cirsoïde artérielle, traitée avec succès par l'ablation au bistouri. Cette affection est ordinairement si grave, si envahissante et si tenace que, depuis longtemps, les chirurgiens ont imaginé contre elle des moyens énergiques de traitement. Parmi ces moyens, il en est qui sont restés complétement inefficaces : la ligature des vaisseaux afférents, celle des gros troncs artériels, la compression permanente de la tumeur. Mais il n'en est pas de même des injections de perchlorure de fer et de l'ablation de la tumeur, soit par la ligature en masse, soit par les caustiques, ou, mieux encore, par le bistouri. Laquelle de ces deux méthodes doit obtenir la préférence? C'est ce qu'il est fort difficile de décider, les faits étant encore trop peu nombreux pour légitimer une conclusion; et d'ailleurs, comme elles ne répondent pas rigoureusement aux mêmes indications, il est permis de penser que toutes deux resteront dans la pratique. Dans l'état actuel de cette question thérapeutique, le cas suivant, que M. Guéniot a observé à l'hôpital Saint-Antoine, pendant qu'il y remplaçait M. Broca, lui a paru trop important pour être passé sous silence, et il en a fait l'objet d'une communication à la Société de chirurgie.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de dix-neuf ans, qui, vigoureux, sanguin, ayant toujours joui d'une excellente santé, n'offrait aucune anomalie, aucune lésion autre que celle dont il va être question, sauf, à l'auscultation du cœur, un bruit de souffle au premier temps, avec maximum vers la base. Il portait, dans la région temporo-pariétale droite, une tumeur pulsatile dont le début remontait à neuf ans, et qui, après n'avoir fait pendant les cinq ou six premières années que des progrès très-lents, s'est mise ensuite à s'accroître avec plus de rapidité; depuis

trois ans, elle déterminait dans l'oreille correspondante un bruit de sifflement, provoqué par le décubitus latéral droit, très-incommode et troublant parfois le sommeil.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, cette tumeur s'étend depuis l'arcade zygomatique droite jusqu'à la partie supérieure du crâne, en formant au niveau du pariétal un relief de 2 centimètres; à sa périphérie, où elle se continue en mourant avec les parties voisines, se trouvent des saillies cylindroïdes qui paraissent formées par de grosses veines. Elle mesure 8 centimètres horizontalement, et 10 centimètres dans le sens vertical, non comprise une portion inférieure rétrécie en une sorte de pédicule, lungue de 4 centimètres. Molle, en partie réductible par la pression, elle siége sous la peau, avec laquelle elle semble unie, et présente des mouvements alternatifs d'expansion et de retrait, isochrones avec le pouls. A la palpation, frémissement continu avec renforcements; à l'auscultation, bruit de souffle aigu, vibrant, intermittent, ou plutôt continu-saccadé. Vers la partie inférieure, la peau est soulevée par de gros vaisseaux, branches très-développées de l'artère temporale, qui sont les voies principales d'alimentation de la tumeur, mais ne sont pas les seules, car par le palper on découvre en d'autres points de grosses artères qui convergent vers elle. L'ensemble de ces symptômes et la marche de l'affection font diagnostiquer une *tumeur cirsoïde* artérielle.

A sa surface existent deux eschares, résultat d'une application de caustique faite par un guérisseur de Bercy. La plus petite, superficielle, se détache bientôt, sans aucun accident; mais l'autre, plus profonde, en se détachant le 17 septembre, donna lieu à une perte de sang assez abondante, qu'heureusement le malade, averti, put arrêter par la compression. C'est à ce moment que, pour prévenir le retour imminent de cette hémorrhagie, M. Guéniot résolut de pratiquer sans délai l'extirpation de la tumeur.

Le malade ayant été chloroformisé et les artères étant comprimées, la tumeur, qui avait été préalablement circonscrite par un trait d'encre, fut attaquée largement avec le bistouri vers sa partie inférieure. A la première incision, c'est une véritable pluie de sang qui ne fait qu'augmenter à mesure que la section continue. Les doigts des aides, quoique pressés autour de la plaie, ne parviennent qu'avec peine à modérer cet écoulement. La tumeur se laisse d'ailleurs facilement séparer des tissus sous-jacents, et son ablation met à découvert le péricrâne et l'aponévrose temporale. Enfin, les vaisseaux devenant plus faciles à comprimer dans la plaie, bientôt M. Guéniot peut se rendre maître de l'hémorrhagie en liant les principales artères. Vingt ligatures environ sont successivement appliquées. L'extirpation fut rapide, mais l'hémostase fut laborieuse et l'opération entière dura plus d'une heure. Le pausement fut fait au moyen de morceaux d'agaric légèrement humectés de perchlorure de fer, puis recouverts d'autres disques d'agaric, et le tout assujetti avec un bandage légèrement compressif.

Sans entrer dans les détails de l'examen de la tumeur extirpée, non plus que des suites de l'opération, de peur d'allonger encore l'observation, déjà longue, quoique abrégée, en égard à l'espace dont nous disposons, nous nous bornerons à dire que tout s'est passé d'une manière satisfaisante, que le 12 novembre, deux mois environ après l'opération, la plaie était à peu près complétement cicatrisée, et que le malade, revu plus tard, était dans une situation qui permettait de regarder sa guérison comme assurée.

Dans ce cas, où la présence d'une eschare profonde donnait lieu de redouter une hémorrhagie, un traitement énergique pouvait seul conjurer le danger, M. Guéniot crut devoir écarter la ligature de la carotide externe, celle de la carotide primitive et même celle des deux troncs carotidiens primitifs qui, en pareils cas, se sont montrées trop souvent impuissantes. La ligature des vaisseaux afférents, la compression prolongée de la tumeur, n'étaient pas même discutables. Il lui restait donc la méthode des injections coagulantes ou l'ablation par un procédé quelconque. Il renonça à employer la première de ces méthodes, à cause de l'impossibilité de supprimer les battements en comprimant les vaisseaux au pourtour de la tumeur, laquelle donnait lieu de craindre que le perchlorure ne fût entraîné par le courant sanguin et n'allât provoquer à distance la formation de caillots. D'autre part, comme les caustiques et la ligature en masse étaient inapplicables dans un cas de tumeur aussi étendue et aussi diffuse, il regarda l'extirpation avec le bistouri comme l'opération la plus avantageuse sous tous les rapports, et, comme on

voil, le résultat est venu confirmer cette appréciation. (*Gaz. des Hôp.*, 1866, n° 59.)

Cas d'épilepsie d'origine syphilitique; guérison. Lorsqu'il a affaire à une affection qui le plus souvent est idiopathique, telle que l'épilepsie, le praticien court le risque de méconnaître les cas, moins communs, où le mal n'a pas ce caractère, c'est-à-dire dans lesquels il est symptomatique d'une altération qui prend sa source dans une autre maladie, et dès lors d'instituer un traitement sans portée et sans résultats possibles. Dans ces cas, il est vrai, il ne s'agit pas de l'épilepsie, mais d'un appareil symptomatique qui la simule et en joue, pour ainsi dire, la scène. Mais c'est précisément à distinguer le vrai de l'apparent que consiste alors le talent de l'observateur et du clinicien. Qu'obtiendrait-on, en effet, du traitement, si l'on manquait à distinguer, par exemple, l'épilepsie saturnine ou syphilitique du véritable mal caduc ? Ces réflexions nous sont suggérées par l'exemple suivant que nous empruntons à un médecin anglais, M. Little.

Notre confrère fut appelé, le 23 janvier 1867, à visiter un jeune homme, bien constitué, d'habitudes modérées et régulières, qui, la veille, en sortant de déjeuner, avait été pris d'une attaque épileptique dans la rue. Pendant cette attaque, qui avait duré un quart d'heure, il y avait eu insensibilité complète, convulsions violentes des muscles de la face et des extrémités, visage tuméfié et livide, écume à la bouche ; à la suite, aucun souvenir de ce qui venait d'arriver, mais sensation de brisement général, mal de tête, confusion des idées. Six semaines auparavant, il y avait eu une attaque semblable (la première), pendant la nuit, dont le frère du malade, couché dans la même chambre, avait été témoin.

Il n'existait chez ce jeune homme aucun antécédent héréditaire; mais quatre ans auparavant, M. Little lui avait donné des soins pour une syphilis primitive (chancre et bubon), dont il s'était rétabli, grâce à un traitement mercuriel. Quatre mois environ avant la première attaque, il était survenu un état de débilitation générale, de l'amaigrissement, de l'alopécie, des douleurs de tête, du vertige, un affaiblissement de l'intelligence marqué, de l'agitation diurne et nocturne, etc.; et, maintenant, l'examen faisait constater, entre autres choses, une éruption papuleuse sur le front, une rougeur intense du pharynx, avec ulcérations arrondies, profondes, taillées à pic, grisâtres et de mauvais aspect; pas de tumeurs gommeuses, pas d'exostoses en aucun point. Après une quinzaine de jours d'un traitement au moyen de cautérisations du pharynx, de pédiluves sinapisés, de vésicatoires à la nuque, de quelques purgatifs, de bromure de potassium à l'intérieur, M. Little, voyant qu'il n'obtenait pas grand amendement, prescrivit le bichlorure de mercure, sous l'influence duquel la guérison ne tarda pas à arriver. Depuis, aucun accident ne s'est manifesté de nouveau. (*Med. Press and Circular*, juin 1866.)

Luxation du sternum réduite et guérie par la seule position. La luxation du sternum n'est pas une lésion commune, car la science n'en compte qu'un nombre bien restreint d'exemples. Dans tous les cas, croyons-nous, la luxation a lieu au point où se réunissent la première et la deuxième pièce de cet os. Le plus ordinairement le déplacement est tel que la première pièce se porte en arrière, tandis que le bord de l'inférieure vient chevaucher sur elle en avant. Du degré et du sens du déplacement dépendent, on le comprend, les moyens à mettre en œuvre pour obtenir la réduction, comme aussi la facilité avec laquelle on parvient à l'opérer. Un moyen qui avait déjà réussi, notamment entre les mains d'Aurran, vient de procurer un nouveau succès entre celles de M. Demarquay; il consiste à placer un coussin transversalement en arrière de la poitrine. Voici le fait :

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui avait reçu en pleine poitrine le brancard d'une voiture à un cheval lancée avec vitesse. Au moment de l'entrée, le 21 décembre, dans le service de M. Demarquay, on constate un enfoncement notable au niveau du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du sternum, avec séparation bien nette, la pièce supérieure étant portée en arrière, et l'inférieure, sur laquelle on sent quelques rugosités, étant projetée en avant et formant un léger chevauchement. Déformation sensible : douleur à la pression; oppression violente qui diminue par l'application de quinze ventouses scarifiées. On essaye de réduire en faisant

de fortes tractions sur les épaules en arrière et en dehors, dans l'espoir de relever le fragment supérieur, mais sans pouvoir y parvenir.

M. Dumarquay songe alors à réduire simplement par la position : il fait disposer au-dessous du malade, au niveau de la région dorsale, deux coussins repliés sur eux-mêmes et superposés, forçant ainsi la poitrine à bomber fortement en avant, tandis que la tête et le pubis sont laissés sur un plan inférieur; les muscles sterno-mastoïdiens et droits de l'abdomen, agissant alors en sens inverse, sur chacun des fragments, ceux-ci se redressent et se replacent dans leur situation normale. Sans autre appareil, le malade garde sa position et le repos le plus complet possible.

Le lendemain, la réduction s'est maintenue et le malade a assez bien supporté cette position, et comme il continue à la supporter sans trop de peine, elle est continuée jusqu'au 1er janvier. L'oppression, diminuée après les ventouses, a été toujours décroissant depuis et est devenue à peu près nulle. Les coussins sont enlevés, et le déplacement des fragments ne se reproduit pas ; on permet au malade de se mettre dans un fauteuil. Le 5, la marche, sauf un peu de retentissement sur le sternum, ne cause aucun inconvénient ; nulle déformation, seulement une très-légère saillie du fragment inférieur, appréciable seulement au toucher. Les choses vont ensuite de mieux en mieux, et le 15 janvier la guérison est complète et la sortie est accordée. (*Union méd.*, 1868, nº 47.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De l'emploi du cubèbe et du copahu dans le traitement du croup. M. Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, a donné récemment à la Société médicale des hôpitaux quelques détails sur l'emploi du cubèbe et du copahu dans le traitement du croup. M. Trideau d'Andouillé, comme on le sait, a fait de ces deux médicaments la base du traitement qu'il a employé sur une large échelle et avec succès. M. Bergeron, sans nier l'action du copahu dans la diphthérie, a renoncé à employer ce baume à cause des difficultés que l'on éprouve pour le faire prendre aux enfants. L'administration du cubèbe n'est pas beaucoup plus facile, mais on peut au moins substituer au poivre lui-même les préparations d'extrait oléo-résineux de cubèbe, sur lesquelles M. C. Paul a récemment appelé l'attention. Ces préparations ont l'avantage d'offrir, sous un petit volume, la partie active de doses considérables de poivre cubèbe. M. Bergeron fait prendre aux enfants dans les vingt-quatre heures, suivant l'âge, depuis 1gr,50 jusqu'à 4 grammes de cet extrait, soit en capsules, soit dans une émulsion. L'administration du cubèbe sous cette forme, lui paraît plus facile et plus régulière que celle des sirops formulés par M. Trideau. A côté de plusieurs insuccès avérés, cette médication peut revendiquer quelques succès, entre autres chez un enfant soigné par MM. Bergeron et Hérard. Après trois jours de l'extrait oléo-résineux de cubèbe, l'enfant rendit d'un seul coup, par un effort de toux, un tube pseudo-membraneux qui reproduisait comme le moulage le plus délicat, les saillies et anfractuosités de la glotte; la guérison suivit de près l'expulsion de la fausse membrane. M. le docteur Brochin, frappé de ce fait auquel il avait assisté, a récemment pu constater encore l'efficacité du cubèbe; c'était sur deux enfants de la même famille, tous deux atteints de diphthérite laryngée. Le plus jeune, très-indocile, refusa les capsules et succomba, tandis que le second, ayant pris le médicament, guérit. M. Bergeron, sans ignorer qu'il n'y ait pas de médication qui ne puisse revendiquer de pareils succès, insiste sur ce point, que toute médication nouvelle et rationnelle, et surtout quand elle est incapable, comme celle-ci, de nuire, doit être essayée avec persévérance, avant de la laisser tomber dans l'oubli, si elle ne répond pas aux espérances primitivement conçues.

M. Bergeron a voulu, en signalant ces faits, mettre en relief les recherches de M. Trideau, recherches que l'on n'a pas suffisamment appréciées, et en même temps provoquer de nouveaux essais.

M. Dumontpallier se rappelle qu'une fois Trousseau, à son instigation, prescrivit dans un cas de croup le sirop de cubèbe et copahu formulé par M. Trideau. Or, le médicament, sous cette forme, a été parfaitement pris par l'enfant, dont les parents, il faut

le dire, exécutaient, avec une scrupuleuse exactitude et une énergique volonté, les prescriptions médicales.

M. Archambault, dans cinq cas d'angine diphthérique, employa le cubèbe associé au copahu. Deux fois les enfants n'ont pas pris le médicament d'une manière suivie; ils ont succombé. Dans les trois autres cas, M. Archambault employa des capsules de Raquin, qui ont été assez bien avalées par les enfants, dont le plus jeune avait cinq ans. Six de ces capsules ont été prises en vingt-quatre heures. A partir de ce moment, il s'est produit un peu de diarrhée, et au quatrième jour du traitement, une éruption cutanée très-marquée apparut. Ce phénomène fut le signal de l'amélioration : les fausses membranes s'exfolièrent, laissant la muqueuse rouge et douloureuse; l'engorgement ganglionnaire diminua, et la guérison ne se démentit pas.

Le mémoire de M. Trideau contient beaucoup de faits de ce genre; les succès y sont si nombreux et si constants, que l'on se prend à douter. Cependant il faut expérimenter cette médication, et attendre de nouveaux faits pour la juger définitivement. (*Société médicale des hôpitaux.*)

Luxation de l'os iliaque simulant une fracture du bassin. — M. Dolbeau, l'auteur de cette communication, rappelle que, dans une précédente séance, M. Panas a présenté l'observation d'un individu chez lequel il avait trouvé à l'autopsie une quadruple fracture verticale du bassin produite par la pression d'une roue de voiture qui avait passé sur cette région. A ce propos, M. Larrey fit observer que, dans ces cas, il était rare que les fractures ne s'accompagnassent pas de disjonctions des symphyses, et, en effet, cette disjonction existait dans le cas de M. Panas. M. Dolbeau a eu l'occasion d'observer ce diastasis quatre fois dans cinq cas de ce genre. Récemment encore il a été témoin d'un fait qui porte avec lui plus d'un enseignement Un individu fait une chute de cheval qui le couche à plat ventre sur le sol; au même instant, une voiture lui passe sur la partie postérieure du bassin. On le relève et on l'apporte dans le service de M. Dolbeau, où ce chirurgien constate chez cet homme l'aspect particulier aux individus atteints de graves blessures viscérales : altération des traits, face grippée, pâleur, refroidissement général, petitesse du pouls, etc.

Le membre pelvien est dans la rotation en dehors ; il paraît avoir subi un mouvement d'ascension et un raccourcissement considérable. M. Dolbeau s'assure par la mensuration que ce raccourcissement est purement apparent et n'a rien de réel. Fort de la constatation de tels signes, indiqués partout comme les signes classiques de la fracture double verticale du bassin, et ne voulant pas infliger de nouvelles souffrances au malade par un supplément d'examen qu'il juge inutile, M. Dolbeau annonce aux élèves qui assistent à la visite l'existence, chez cet individu, d'une double fracture verticale du bassin compliquée probablement de rupture de la vessie, et il pose un pronostic fâcheux. En effet, le malade succombait au bout de quarante-huit heures.

Grande fut la surprise de M. Dolbeau lorsque, faisant l'autopsie du cadavre, il reconnut qu'il n'y avait pas de fracture, mais une double luxation des os iliaques entre lesquels le sacrum était descendu comme un coin que l'on enfonce. L'os iliaque droit, ayant rompu toutes ses attaches ligamenteuses, était remonté entraînant tout le membre dans son mouvement d'ascension et faisant croire à un raccourcissement qui n'était qu'apparent. L'os iliaque gauche était également luxé, mais il avait conservé une partie de ses attaches fibreuses. Outre le diastasis des symtômes sacro-iliaques, il y avait également disjonction de la symphyse pubienne et luxation de l'articulation sacro-coccigienne.

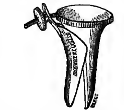
Il y avait donc, d'une part, diastasis de toutes les symphyses des os du bassin, sans fracture, et, d'autre part, tous les signes que nous sommes habitués à considérer cliniquement comme les symptômes de la fracture double verticale du bassin.

M. Dolbeau en conclut qu'il faudra désormais, en pareil cas, ne pas s'en rapporter uniquement à ces signes et rechercher, par un examen plus approfondi et plus précis, s'il s'agit d'une fracture ou d'une luxation. (*Société de Chirurgie*).

Speculum nasi. M. S. Duplay a fait construire par M. Robert et Collin un speculum qui facilitera les opérations qui peuvent être pratiquées dans les fosses nasales.

Cet instrument est composé de deux valves, l'une, aplatie et immobile à

soo extrémité, doit répuodre à la cloison des fosses nasales; l'autre cst convexc et peut s'écartcr de la premiere par une légère pression exercée sur son extrémité au moyen de l'index : cette dernière correspond à la partie externe de la narine. L'instrument étant introduit jusqu'à l'ouverture supérieure de la narine, on dilate celle-ci au degré coovenable par l'écartement de la valve exteroe. Un curseur maintient les valves écartées au dcgré voulu, de tellc sorte que la narine reste dilatée, ct que l'instrument demeure fixé sans le secours de la main. En projetant un faisceau lumineux dans l'intérieur de l'instru-



ment, il est possible d'examiner la cavité des fosses nasales à une assez grande profondeur. Les avaotages de ce uouveau speculum nasi sont, d'une part, d'assurer le diagnostic d'un certain nombre d'affections des fosses nasales, et, d'autre part, de reudre plus facile et plus efficace la thérapeutique de ces affections. Ces avantages uous paraissent surtout considérables au point de vue du traitement des polypes.

On pourra substituer à la pratique généralement aveugle et presque barbare de l'arrachement une opération plus sûre et plus méthodique, puisque le speculum nasi permettra le plus souvent dc voir le siége exact des polypes et d'aller les saisir directement saus intéresser les parties voisines. (*Académie de médecine.*)

Du crochet aigu à pointe cachée dans les manœuvres obstétricales. Un de nos honorables confrères de la province, le doctcur Bastard, dc Pézéoas, a entrepris de réhabiliter l'emploi du crochet en obstétrique. Nous extrayons de son travail la note suivante :

Le crochet aigu, régulièrement employé, a pour effet esseutiel, quand il est appliqué sur un point quelconque de la surface barilaire, *d'incliner* le disque qu'elle représente, *de l'abaisser* et *de l'entraîner en avant*; coosèquemment il fait glisser derrière lc pubis ou en avaut du sacrum, selon qu'il est implanté sur un point qui correspond à la partie antérieure ou postérieure, l'extrémité correspondante du diamètrc engagé, eo imitaot le travail naturel. Ce mécanisme explique comment uu bassin de 5 centimètres et demi (2 pouces, limite extrême de l'embryotomie) peut être franchi, sans violeoce, par une tête normalement conformée, si lc diamètre bitemporal, qui n'est que de 7 à 8 centimètres (2 pouces ct demi à 5 pouces) se substituaot au bipariétal, par suite de la déplétion du crâne et de ses conséquences, a été incliné de façon que les 2 centimètres ou 2 centimètres et demi en excès soicnt éludés.

Ce résultat est certain et facile à obtenir, quand on procède aux tractions avec méoagemeut et qu'on réapplique le crochet, autant de fois qu'on le doit, pour dégager la tête sans précipitation.

Notre instrument est introduit et porté fcrmé sur le poiut que la main, *qui ne doit plus quitter les parties maternelles jusqu'à la fin de l'opération*, choisit et touche d'avance; il est retenu en place par cette maiu, tandis que celle qui est au dehors touroe l'écrou qui termine le manche pour faire saillir la pointe; le crochet, sous de légers mouvements de traction et dc demi-rotation combioés, ayaot traversé le disquc osseux, cst fermé de nouveau, et des tractions plus actives sont exercées; si la partie accrochéc menace de céder, ce que constateot parfaitement l'uue ct l'autre, on dégage l'instrument pour le replacer avec les mêmes précautions jusqu'à cc que l'opération soit terminée.

Quoi qu'il en soit, daos l'état actuel de la science obstétricale, il ne peut venir à l'esprit de personne de se servir du crochet aigu avant la perforation du cràoe et l'évacuation de la matière cérébrale; il ue peut donc être question des intérêts de l'enfaut, quaud on euvisage lc mode d'action de cet instrument; quant à ceux de la mère, rieu, à notre avis, ne les sauvegarde mieux que le crochet aigu, régulièrement et méthodiquement employé; pour nous, en effet, le crochet n'est qu'un agent de déplacement de la base du cràoe ct non un instrument exclusif de traction et de dilatération dc la tête du fœtus. Si, comme ses détracteurs paraissent le croire, le cro-

chet aigu n'était bon qu'à produire ce dernier effet, il est évident qu'il devrait être proscrit à jamais.

Sa pointe est le seul inconvénient réel qu'on puisse lui reprocher, attendu qu'elle peut blesser la mère ou l'accoucheur inattentif. La modification que nous lui avons fait subir consiste à pouvoir faire disparaître cette pointe à volonté, afin de donner à l'opérateur plus de facilité, d'assurance et de liberté dans la manœuvre. Charrière, sur nos indications, se chargea de ce soin en 1861, et nous avons pu depuis apprécier tous les avantages de cette modification.

Notre manière de comprendre l'action du crochet aigu explique suffisamment pourquoi nous n'avons pas élargi et aplati sa portion courbe, et pourquoi nous n'avons pas disposé le manche pour de grands efforts de traction.

Nous n'avons pas à comparer ici l'instrument que nous voudrions remettre en honneur, avec le céphalotribe qu'on lui préfère généralement aujourd'hui, seulement qu'il nous soit permis de dire qu'ils peuvent se compléter ou se suppléer l'un l'autre dans bien des cas.

VARIÉTÉS.

Association générale des médecins de France.

L'assemblée générale de l'Association des médecins de France a eu lieu le dimanche 19 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration des hôpitaux, en présence d'un auditoire plus empressé encore qu'à l'ordinaire. Les délégués des associations locales étaient en grand nombre, et parmi les célébrités médicales de Paris, nous avons remarqué Barth et Béclard, les deux vice-présidents de l'Association de la Seine, et Claude Bernard, le célèbre physiologiste. Ce louable empressement témoigne de l'intérêt qui s'attache à cette œuvre éminemment utile.

La séance a été ouverte par un discours de M. Cazeneuve, de Lille, à qui avait été dévolue la présidence. En quelques mots, le président a payé un tribut de regret au fondateur de l'œuvre et a su exposer nettement l'esprit de l'Association, basée sur l'assistance confraternelle et le soutien de la dignité professionnelle.

M. Leroy de Méricourt, secrétaire de la Société centrale, a rendu compte de la situation de cette Société et de ses finances. Tâche ingrate, mais dont il s'est tiré avec grande habileté.

A M. Gallard était échu, cette année, l'honneur périlleux de faire le rapport général de l'Association pendant l'année qui vient de s'écouler. Dans un rapport complet, trop complet peut-être, qui a été à plusieurs reprises couvert d'applaudissements, M. Gallard a montré que l'Association avait supporté sans broncher la secousse que pouvait lui causer la mort de son fondateur, et son essor ne s'est pas ralenti. Citons quelques chiffres : il y a eu cette année 218 admissions nouvelles et le nombre des sociétaires actuels s'élève à 6,134. C'est beaucoup, mais ce n'est pas assez. Plus de la moitié du corps médical français reste en dehors de ce grand mouvement social, et nous ne cesserons de rappeler que là réside une grande force pour élever l'influence que devrait avoir le corps médical : l'union fait la force.

Pendant cette année 1867, l'avoir total de l'Association s'est augmenté de 64,214 francs, malgré 19,157 francs donnés en secours.

L'encaisse de l'Association s'élève aujourd'hui à près de 600,000 francs dont 108,000 francs à la caisse des pensions de retraite.

Le grand intérêt de la séance était l'éloge de Rayer par M. Latour, qui a tenu tout ce qu'on attendait de lui. M. Latour, avec un grand tact, n'a envisagé Rayer que sous deux aspects : le savant et le fondateur de l'Association, et ces deux titres lui suffisent pour la postérité. On a surtout beaucoup remarqué la partie où l'orateur, abordant le passage au décanat de Rayer, a montré que si, malgré la meilleure volonté et les meilleures intentions, il n'a pu se maintenir à ce poste, son œuvre lui survit, car la biologie, cette science qu'il a fondée, y est maintenant en toute puissance ; chimie biologique, physique biologique, tel est le titre qu'ont pris plusieurs cours. Ecrit avec mesure, d'un style simple et plein de charme, le discours de M. Latour a su captiver l'auditoire et n'a blessé personne.

Le soir, les salons du *Grand Hôtel* réunissaient les délégués et bon nombre de médecins de Paris.

Le lendemain a eu lieu l'élection pour la nomination du président à désigner au choix de l'Empereur.

La liste suivante a été formée par le scrutin : En première ligne, M. Tardieu; en seconde ligne, M. Larrey, et en troisième ligne, M. Cazeneuve.

Quel que soit le choix qui soit fait, et il n'est pas douteux, nous ne pouvons qu'y applaudir.

Par décrets en date du 25 mars, rendus sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. Bouchardat, ancien président de l'Académie de médecine et administrateur du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, et M. Davillier (Henri), régent de la Banque de France et ancien président de la Chambre de commerce, ont été nommés membres du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique de Paris.

École de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Feillé, professeur titulaire de thérapeutique et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite Ecole, en remplacement de M. Dumont, décédé.

M. Legludic, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, est nommé professeur adjoint de thérapeutique et matière médicale, en remplacement de M. Feillé.

M. Lieutaud, professeur suppléant à ladite Ecole, est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Legludic.

M. Raimbault (Paul), pharmacien de 1re classe, est nommé professeur suppléant, spécialement attaché à la chaire de pharmacie et toxicologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Lieutaud.

M. Dezanneau, professeur adjoint de pharmacie et de notions de toxicologie à ladite Ecole, est nommé professeur titulaire de la même chaire.

M. Labéda, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie chirurgicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Ripoll, appelé à d'autres fonctions.

A été promu au grade de médecin de 2e classe, M. de Combarieu (Charles-Honoré), médecin-major de 1re classe de l'hôtel militaire de Lyon.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Micé,

professeur adjoint d'histoire naturelle médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Dupuy, professeur adjoint de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

Hospice de la Salpêtrière. — *Conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses.* — M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, a commencé ces conférences le dimanche 19 avril, à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants.

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — MM. Magnan et Bouchereau commenceront des conférences cliniques au Bureau central d'admission (Sainte-Anne, rue Ferrus, boulevard Saint-Jacques) le dimanche 26 avril, à neuf heures du matin, et les continueront les dimanches suivants, à la même heure.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie.* — *Cours de médecine opératoire et d'histologie.* — *Programme des Cours de la saison d'été.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le *Cours de médecine opératoire* le lundi 20 avril 1868, et le terminera le 30 juin. Ce cours sera divisé ainsi qu'il suit :

Les lundis, mercredis et vendredis, à une heure : résections et opérations spéciales, par M. le docteur Tillaux ;

Les mardis, jeudis et samedis, à la même heure : ligatures, amputation et désarticulations, par M. le docteur Cocteau, prosecteur.

MM. les élèves répéteront eux-mêmes chaque jour les opérations, sous la surveillance des prosecteurs.

Le *Cours d'histologie* sera fait par M. le docteur Nicaise, prosecteur ; il commencera le 20 avril à deux heures et demie, et se continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. A la suite de chaque leçon, MM. les élèves feront eux-mêmes des préparations microscopiques sous la direction du prosecteur.

MM. les élèves devront se munir d'une carte qui leur sera délivrée à l'amphithéâtre à partir du 15 avril.

A Nîmes, vient de mourir M. Augustin Pleindoux aîné, docteur en médecine, chevalier de la Légion d'honneur, chirurgien en chef des hospices, professeur d'accouchements, membre du conseil municipal, membre de l'Académie du Gard, etc., etc.

M. le docteur Alquié, inspecteur des eaux de Vichy, ancien membre du conseil de santé des armées, commandeur de la Légion d'honneur, a succombé, à l'âge de soixante-quinze ans, à une apoplexie pulmonaire. M. Alquié, qui jouissait d'une considération et d'une estime générale, laisse d'universels regrets.

La Faculté de médecine de Paris vient de faire une nouvelle et grande perte : M. le professeur Jarjavay est mort mercredi soir, 22 avril, à sa propriété de Lajarthe, près Périgueux, où il s'était retiré depuis deux mois, et où il espérait pouvoir se rétablir des atteintes de la maladie qui l'avait forcé à suspendre son enseignement.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Mémoire sur la gomme armoniaque, sur son histoire naturelle, ses propriétés thérapeutiques et son meilleur mode d'administration;

Lu et présenté à l'Académie impériale de médecine le 30 juillet 1867, par le docteur D. DE SAVIGNAC.

I. — CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

La gomme-résine connue sous le nom de *gomme ammoniaque*, et mieux nommée par d'anciens auteurs *gomme armoniaque*, est un médicament important, quoique trop dédaigné aujourd'hui, dont l'usage remonte à la plus haute antiquité.

Elle a été utilisée par Hippocrate, étudiée par Dioscoride et par Pline. Après les médecins grecs et romains, les arabes (qui l'appelaient *Raxach* ou *Assach*) et ceux du moyen âge ont continué à l'employer, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, soit seule, soit et le plus souvent unie à d'autres médicaments. Les formules nombreuses dont elle faisait partie, insérées dans la *Pharmacopée universelle* de Jourdan, attestent la valeur qui lui était généralement accordée jusque vers la fin du dernier siècle. A partir de cette époque, sans que rien semble le justifier, elle tombe peu à peu en désuétude. De nos jours c'est à peine si quelques vieux praticiens, fidèles à la tradition, la prescrivent encore de temps à autre. Marc, par exemple, médecin de Louis-Philippe Ier, l'administrait avec avantage à son royal client; et M. Cruveilhier en a constaté l'utilité chez les asthmatiques. Mais la grande majorité des médecins de la génération actuelle ont en quelque sorte oublié la gomme armoniaque, qui vieillit et se détériore sans emploi dans les officines : sans emploi interne du moins, car on ne la fait plus guère servir qu'à la préparation de certains emplâtres, notamment à celle de l'*emplâtre* de diachylum gommé.

Vainement, dans leur *Traité de matière médicale*, MM. Trousseau et Pidoux avaient rappelé à l'attention, avec leur expérience à l'appui, les propriétés remarquables de ce médicament. Je tentai moi-même, dans une note publiée par le *Bulletin de Thérapeutique* (1855, t. XLVIII, p. 385), de convaincre l'opinion des propriétés anticatarrhales de la gomme armoniaque, reconnues, avec une unanimité bien rare en thérapeutique, depuis l'antiquité jusqu'aux deux savants maîtres que je viens de citer. Je proposais en même

temps des formules qui permettaient un mode d'administration de cette gomme-résine, plus commode et plus efficace que ceux ordinairement recommandés et mis en usage.

Depuis cette publication, ayant continué à l'expérimenter, et toujours avec le même succès, contre les lésions de sécrétion des membranes muqueuses, et en particulier contre celles de la muqueuse respiratoire, je crois devoir plaider une seconde fois la réhabilitation définitive d'un médicament, auquel, dans des cas donnés et que je préciserai, nul autre ne m'a paru comparable.

II. — HISTOIRE NATURELLE ET PHARMACEUTIQUE.

Il est permis de s'étonner de l'ignorance dans laquelle on est longtemps resté sur la provenance d'un médicament si anciennement et si fréquemment employé, ainsi que de la dénomination bizarre qui lui a été conservée, et qui n'est en rapport, ni avec le lieu d'origine actuel, ni avec aucune de ses propriétés.

Dans l'antiquité, on recueillait principalement la gomme-résine que nous étudions, en Lybie, près le temple de Jupiter Ammon ; d'où lui vint le nom de *ammoniacon* (ἀμμωνιακὸν) pour les Grecs, *ammoniacum* pour les Latins.

Pline dit même que l'oracle d'Ammon dut son nom au voisinage de la plante qui produisait la gomme *ammoniaque*. On sait que de la même contrée se retirait aussi le sel ammoniac, obtenu alors par distillation de la fiente des chameaux. Or, il est vraisemblable que les dénominations d'*ammon* et d'*ammoniac* (que l'on aurait dû écrire : *hammon* et *hammoniac*, comme le fait Pline d'ailleurs) résultaient, non d'une influence réciproque de proximité entre le temple de Jupiter et les sources de production de la gomme-résine et du sel en question, mais d'une communauté de situation et d'origine dans les sables de la Cyrénaïque. C'est donc ce mot ἄμμος, sable, qui est le radical commun des mots ἄμμων, ἀμμωνιακὸν, d'où nous avons fait *ammon*, *ammoniac*, *ammoniaque*, et gomme *ammoniaque*.

Le mot *ammoniacon*, ou *ammoniacum* en latin, accepté par Dioscoride comme par ses successeurs en pharmacologie, avait déjà l'inconvénient de s'appliquer également, dans le texte même de cet auteur, au sel ammoniac. Mais ce ne fut bientôt plus seulement des régions sablonneuses de l'Afrique, ce fut plutôt de l'Arménie et surtout de la Perse que l'on vint à tirer la gomme ammoniaque. Dès lors, cette dernière qualification perdait toute logique,

et celle de *armoniaque* aurait dû prévaloir. Les anciens d'ailleurs avaient peu à peu substitué aux dénominations primitives celles de *armoniacon*, *armoniacum*. D'après Mattioli, plusieurs auteurs italiens et espagnols avaient adopté le mot *armoniaco*. Des auteurs français employaient le mot *armoniac*. (V. D. Martin Mathée, trad. de Discoride en français, Lyon, 1603.) M. Guibourt, avec M. Don, pense que les mots *ammoniacum*, *armoniacum* n'étaient qu'une corruption du mot *Armeniacum* (Arménien).

D'un autre côté, l'espèce de la plante qui produisait cette gomme-résine était très-diversement appréciée. Renvoyant pour plus amples renseignements sur les points discutés aux ouvrages de Mérat et de Lens (*Dictionnaire de matière médicale*, t. I, p. 250), et de Guibourt (*Histoire naturelle des drogues simples*, 5e édit., t. III, p. 224), je rappellerai seulement que si cette plante était, par la plupart des botanistes, reconnue appartenir à la famille des ombellifères, ce fut en dernier lieu M. David Don qui mit hors de conteste cette opinion, et crut devoir rapporter la plante en question à un nouveau genre, qu'il appela *dorema*, très-voisin du genre *ferula*, duquel à la rigueur, et selon l'avis de M. Guibourt, il aurait fort bien pu n'être pas distingué. Dioscoride, déclarant que l'*ammoniacon* provenait d'une férule, nous a donc encore à cet égard fourni un document dont l'exactitude peut être considérée comme vérifiée par l'observation moderne.

Ainsi, c'est sous le nom de *dorema ammoniacum*, Don [1], — que la plante produisant la gomme-résine dont il s'agit, est désignée aujourd'hui dans les ouvrages de botanique, de pharmacie, de matière médicale. Cette plante prospère particulièrement en Arménie et en Perse, surtout dans le nord de la Perse, et c'est de ce dernier empire que provient actuellement la gomme armoniaque qui se trouve dans le commerce. Celle-ci sort, sous forme de suc se concrétant à l'air, de la tige et des rameaux, soit spontanément, soit par suite de nombreuses piqûres d'insectes d'une espèce particulière.

Maintenant que tout paraît bien déterminé quant à la plante originaire et au lieu de production de cette gomme-résine, ne serait-il pas temps et ne serait-il pas logique de modifier sa dénomination? Déjà quelques auteurs, par analogie avec la désinence d'autres gommes-résines, *labdanum*, *galbanum*, *sagapenum*, ont proposé

---

[1] Et pourquoi donc pas *armoniacum*, en conséquence de l'opinion de cet auteur, citée plus haut ?

de l'appeler du seul nom de *ammoniacum* ; mais c'est aussi le nom latin de l'ammoniaque liquide, et l'on retomberait, en l'adoptant, dans cette confusion nominale regrettable, et qu'il faut faire cesser, entre deux produits doués chacun de caractères physiques, chimiques et thérapeutiques tout différents. En outre de son impropriété scientifique, la dénomination spécifique de cette gomme-résine ne peut que nuire à sa vulgarisation, en suscitant des préventions chez les gens du monde, ou en lui faisant attribuer par eux et bien à tort des propriétés analogues à celles de ces nombreux médicaments ammoniacaux si répandus aujourd'hui dans la pratique.

Je proposerais donc le nom de *doremum* , trouvant très-admissible l'analogie de désinence avec les autres gommes-résines comparables sous beaucoup de rapports à celle-ci. Mais, tant est grand l'empire de l'habitude, je n'oserais me flatter de faire substituer ce nouveau nom à celui si généralement adopté de *gomme ammoniaque;* et je me contenterais d'une modification qui, elle du moins, me semble être indispensable, et qui porterait simplement sur le changement du nom spécifique *ammoniaque* en celui de *armoniaque*.

La gomme armoniaque, ou *doremum*, se trouve, dit M. Guibourt, sous deux formes dans le commerce : 1° en larmes détachées, *dures, blanches*, *opaques* à l'intérieur, blanches également à l'extérieur, mais devenant jaunes avec le temps ; d'une odeur forte particulière, d'une saveur amère, âcre et nauséeuse ; 2° en masses considérables jaunâtres, parsemées d'un grand nombre de larmes blanches et opaques : elle est moins pure que la précédente et possède une odeur plus forte. La première sorte est préférée, à cause de sa pureté; la seconde peut être employée, à son défaut, pour la préparation des emplâtres. (*Hist. nat. des drogues simples*, loc. cit.)

Nous ajouterons à cette description, d'ailleurs très-exacte comme toutes celles de l'auteur si éminemment classique qui vient d'être cité, les observations suivantes :

Il est très-difficile de trouver dans le commerce la première sorte, dite *en larmes* ou *amygdaloïde*, en larmes détachées. Ces larmes s'agglutinent en plus ou moins grand nombre, et forment ordinairement des agglomérations conservant d'ailleurs une blancheur opaque tant que la substance est fraîche ou d'extraction récente, mais présentant bientôt et de plus en plus en vieillissant des grumeaux roussâtres, en même temps que l'odeur caractéristique s'affaiblit. Elle finit par se colorer entièrement, se dessécher, perdre

son odeur et probablement une partie de son activité thérapeutique.

Les anciens reconnaissaient aussi deux sortes de gomme armoniaque ; l'une était le *thrauston* (Pline) ou *thrausma* (Dioscoride)— (θραυστὸν, friable, facile à briser ; θραυσμα, fragment, morceau) ; elle était, selon Dioscoride, semblable à l'encens pour le grain et la couleur, au castoréum pour l'odeur, amère de goût, et sans aucune impureté ; c'était la plus estimée. L'autre, *Phyrama* (φύραμα, pâte, mélange), était grasse, résineuse, imprégnée de sable. Pline dit que les deux sortes ont les mêmes propriétés. — (Voir Dioscoride, lib. III, cap. LXXX ; Pline, lib. XII, cap. XLIX, et lib. XXIV, cap. XIV.)

Il est bon néanmoins de rechercher, pour l'emploi interne, la gomme armoniaque amygdaloïde encore blanche ou presque blanche, un peu glutineuse ou se ramollissant au moins à la chaleur de la main, et possédant son odeur et sa saveur caractéristiques.

Cette odeur et cette saveur sont, *sui generis*, indéfinissables ; la première fétide, la seconde modérément âcre et amère, toutes deux désagréables et cependant pas trop difficiles à masquer, du moins dans certaines préparations pharmaceutiques dont il sera question plus loin.

On ne cite d'analyse de la gomme armoniaque que celle de Braconnot ; elle a donné :

Gomme	18,4
Résine	70,0
Matière glutiniforme ou bassorine	4,4
Eau	6,0
Perte	1,2
	100,0

Ainsi c'est une résine particulière qui domine dans ce suc gommo-résineux ; mais il doit y exister vraisemblablement une huile essentielle, que décèle son odeur fétide *sui generis*. Il y a donc là une nouvelle étude à reprendre.

III. — PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES.

Il ne sera pas sans intérêt de rapporter ici le texte de Dioscoride ; je le présente, traduit en notre langue, afin d'être promptement et mieux compris :

« L'*ammoniacon* ramollit, attire (ce que Pline exprime plus nettement en disant : résout et dissout) et échauffe. Il résout les

tumeurs et les duretés. Pris à l'intérieur, il relâche le ventre. Il facilite la parturition. Bu, à la dose d'une drachme, avec du vinaigre, il résout la rate. Il guérit les douleurs des jointures et les sciatiques. Il soulage ceux qui ont des anxiétés de poitrine, les asthmatiques, ceux qui sont travaillés du mal caduc (épileptiques), ceux qui ont une humeur dans la poitrine, étant pris alors avec du miel ou avec la ptisane. Il fait uriner le sang. Il dissipe les taies des yeux, adoucit l'irritation des paupières. En topique, broyé avec du vinaigre, il ramollit les duretés du foie et de la rate ; en emplâtre avec le miel ou avec la poix, il résout les tophus qui se déposent dans les articulations. Mélangé avec nitre, vinaigre et huile, il est utile en frictions pour les lassitudes et les sciatiques. »

Pline, au sujet de ce médicament, comme pour presque tous les autres, ne fait que reproduire les médications de Dioscoride ; notons qu'il dit également que « *la gomme hammoniaque est bonne en boisson pour la dyspnée, la pleurésie, les poumons, la rate* » ; mais il ajoute : *pour la vessie, l'hématurie*. Sur ce dernier point seulement il est en dissidence avec l'auteur grec, lequel prétend que l'*ammoniacon peut rendre les urines sanglantes*, effet que, pour ma part, je n'ai jamais constaté.

Il résulte de cet exposé concis, selon la manière des anciens, que la gomme armoniaque était jugée par eux bonne à se prêter à un assez grand nombre d'indications. De cet enseignement, tout empirique, comme l'était la thérapeutique dans les écoles de l'antiquité, ce qui fut particulièrement recueilli par les héritiers des traditions grecques et latines, ce furent les applications extérieures, où la gomme armoniaque continua d'être appelée à titre de fondant et de résolutif, et son emploi interne dans le traitement des maladies de poitrine. Hors de là, il fut dorénavant peu questiou de ce médicament. En revanche, il resta longtemps l'un des plus estimés et des plus usités contre certaines formes de lésions respiratoires ; malheureusement son association ordinaire à d'autres substances, résultat des habitudes polypharmaceutiques de l'époque, masquait, modifiait ou entravait son action propre, dont on se mettait ainsi moins à même d'apprécier l'efficacité spéciale dans des cas particuliers.

La gomme armoniaque était réputée stimulante, antispasmodique, expectorante, anticatarrhale, emménagogue, désobstruante, fondante et résolutive. Voyons comment et jusqu'à quel point elle justifiait ces diverses qualifications.

D'abord si on l'administre à un individu sain, ses effets physiologiques sont très-peu prononcés ou même tout à fait nuls. Rien n'est plus inexact que ce que dit Murray, au sujet decette substance médicamenteuse : que six à huit grains suffisent à déterminer une légère stimulation de l'estomac, vingt à produire dans cet organe de la chaleur et bientôt une excitation générale ; que, au delà d'un scrupule, elle devient purgative. C'est également à tort que Cullen, butté on ne sait trop pourquoi contre la gomme armoniaque, la considère comme une substance âcre, nuisible par ses qualités échauffantes. C'est au contraire l'un des avantages de cette gomme-résine, de pouvoir être administrée sans crainte, même à des doses assez élevées, et de n'avoir du moins aucun inconvénient sérieux là où son efficacité ferait défaut. Si par extraordinaire quelques estomacs capricieux ou mal disposés éprouvaient à son contact un peu de chaleur ou de malaise quelconque, il n'y aurait point là le germe d'une irritation sérieuse; j'ai vu même des malades atteints de dyspepsie et traités pour d'autres motifs par la gomme armoniaque, se bien trouver incidemment de son usage, comme si la muqueuse gastrique bénéficiait alors de l'action modificatrice que cette gomme-résine tend à exercer sur tout le système muqueux.

L'accident, si c'en est un, dont la possibilité serait le plus admissible, ce serait un peu de diarrhée, et encore après des doses supérieures à celles indiquées par Murray ; mais cet accident n'aurait aucun caractère fâcheux, aucune conséquence durable, et il suffirait, pour l'éviter chez les sujets trop susceptibles du côté des voies digestives, de modifier la dose du médicament ou de lui associer un peu d'opium. Au reste, quelques effets laxatifs, en cours de certains traitements, pourraient avoir plus d'avantages que d'inconvénients en opérant une dérivation profitable aux organes congestionnés. La diarrhée est souvent une crise favorable pour les catarrhes bronchiques et pulmonaires.

Je fais en tout ceci bien plus la part des éventualités que je ne reproduis les résultats de mon expérience personnelle. Car je puis dire, avec MM. Trousseau et Pidoux, que jamais les nombreux malades soumis par moi à l'usage de la gomme armoniaque, jusqu'à la dose de 8 grammes, n'ont éprouvé ni les accidents plus ou moins sérieux dont quelques auteurs ont parlé, ni même les légers inconvénients dont j'ai concédé la possibilité. Effets physiologiques nuls, effets thérapeutiques constants et très-appréciables, telle a été la règle dans ma pratique. C'est donc, et ce n'est pas son moindre mé-

rite, l'une de ces substances médicamenteuses que l'on peut manier avec toute sécurité.

En sa qualité de gomme-résine fétide, elle a des propriétés thérapeutiques complexes. Ainsi que toutes les substances résineuses, elle a électivité d'action sur les muqueuses, et surtout sur la muqueuse respiratoire, d'après mon observation, conformc à celle de nos devanciers. Les résines ont aussi une action topique plus ou moins irritante selon l'espèce; mais ici, comme dans d'autres produits végétaux analogues, la gomme, associée à la résine, sert en quelque sorte de passe-port à celle-ci en amortissant son action topiquc. Commc toutes les résines enfin, celle du *dorema armoniacum* tend à produire des effets laxatifs dus à la fois à l'excitation locale de la muqueuse digestive et à l'action dynamique des principes résineux absorbés (*alvum solvit*, Pline). Mais rendre le ventre libre, c'est, je le répète, plutôt un avantage qu'un inconvénient; et si l'on tenait même à obtenir ce résultat à un degré voisin de la purgation, on se trouverait bien d'unir la gomme armoniaque à l'aloès ou la rhubarbe, dont elle favorise l'action évacuante.

Mais, en outre, la fétidité de la gomme armoniaque cst due à une huile essentielle qui joue nécessairement son rôlc dans la médication, ct d'où doivent dépendre les propriétés antispasmodiques. Or, les essences fétides ont ce caractère intéressant, d'agir électivement sur l'innervation de l'utérus, et de calmer de préférence les spasmes qui naissent de ce foyer. Ainsi s'explique l'opportunité, reconnue par les anciens, de cette gomme-résine fétide contre l'hystérie et contre les divers troubles des fonctions utérines. Toutefois, l'action antispasmodique du médicament que nous étudions ne se concentre pas exclusivement sur les nerfs utérins; et, à en juger par la manifeste influence qu'il exerce sur les phénomènes nerveux dans les maladies de poitrine, il faut bien croirc qu'il est susceptible, selon le besoin pathologique, si l'on peut ainsi dire, de porter ailleurs le calme et la sédation.

Enfin, par l'ensemble de ses principes constituants, la gomme armoniaquc possède une action légèrement stimulante qui intervient à divers degrés dans ses effets thérapeutiques, tels que l'expectoration, la cessation de l'inertie bronchique qui semble présider à certaines dyspnées: action stimulante qui devait être aussi le mobile de ces fontes d'engorgements viscéraux et d'indurations extérieures attestées par les anciens ; car sans une stimulation intime de leurs éléments anatomiques, il n'y a pas de fonte ou résolution possible au sein de nos organes.

Nous n'avons à présenter ici ni l'approbation ni la critique de l'emploi de ce remède à titre de fondant et de résolutif. Nous sommes autorisés à croire que nous disposons aujourd'hui de moyens meilleurs pour agir en ce sens, de méthodes supérieures pour triompher des engorgements d'organes, tumeurs, néoplasmes, etc., en même temps qu'un diagnostic plus précis nous permet de mieux juger les lésions de ce genre. Aussi, dès mes premiers essais, ai-je compris que l'expérimentation devait être portée sur un autre terrain.

Ce qui ressortait principalement des observations antérieures, c'était l'efficacité de ce médicament contre les affections catarrhales de la poitrine. C'était là ce que l'observation clinique moderne devait vérifier.

Or, rien n'est plus vrai que l'influence favorable exercée par la gomme armoniaque sur les sécrétions pathologiques des bronches, même sur celles des poumons, ainsi que sur certains phénomènes nerveux, tels que la toux et la dyspnée, qui accompagnent les maladies des organes respiratoires. Cette substance, soumise à une épreuve clinique rigoureuse, justifie pleinement sa réputation d'agent anticatarrhal, antiasthmatique, et mieux vaut dire antidyspnéique; car, en dehors de la sphère de l'asthme, toutes les angoisses respiratoires peuvent être modifiées sous son influence. Ainsi, par exemple, calmant la toux ou la rendant moins douloureuse, et la supprimant même parfois, elle apporte un soulagement aux pleurodynies (points de côté) que la toux réveille ou exagère. Mais est-elle expectorante à un titre aussi élevé qu'on l'a prétendu? Ceci demande quelques mots d'explication.

Lorsque divers exsudats (mucosités, muco-pus, matière des crachats, en un mot) sont amassés dans les tuyaux bronchiques, la gomme armoniaque en facilite l'expulsion au dehors; elle favorise effectivement l'expectoration : résultat, à mon avis, d'une excitation modérée des fibres lisses des bronches, peut-être aussi de leur épithélium vibratile, et non, comme on l'a dit à tort, de l'atténuation des crachats, de la diminution de leur viscosité. Cependant, à la différence d'autres médicaments, tels que le kermès, l'ipéca, la scille, qui favorisent aussi l'expectoration, mais en paraissant entretenir plus ou moins pendant leur usage l'exsudation qui sollicite le besoin d'expectorer, notre gomme-résine tend à mettre obstacle aux exsudats et à supprimer par suite l'occasion d'expectorer. Si l'on croit avoir intérêt, au début d'une bronchite aiguë par exemple, à provoquer sur la muqueuse aérienne une exsudation jugée à tort

ou à raison comme critique, ce n'est pas à la gomme armoniaque qu'il faut recourir ; elle contribuera à l'expulsion des produits pathologiques déjà formés, mais non à une nouvelle formation de ces produits. Je ne vois pas, du reste, qu'il y ait lieu de s'en plaindre. En effet, elle peut ainsi couper court à une bronchite dès sa période initiale. Lorsque la bronchite gagne en profondeur, devient capillaire, prend la forme éminemment grave du catarrhe suffocant, l'avantage sera plus précieux encore, ce même remède pouvant, après avoir dégagé les bronches par l'expectoration, prévenir ultérieurement l'amas de mucosités qui amène cet état asphyxique si compromettant pour le malade.

En tous cas, si l'on n'y a pas eu recours au commencement, c'est du moins l'agent le plus utile que l'on puisse prescrire à la fin des bronchites de toute espèce, et aussi à la fin des pneumonies, pour mettre un terme à la persistance de la toux et de la reproduction des exsudats.

On comprend ainsi le genre d'utilité de ce médicament contre l'asthme, la bronchite et le catarrhe pulmonaire chroniques, la bronchorrhée, les épidémies grippales.

Dans l'asthme sec, pendant le cours de l'accès, il sollicite la sortie de l'exsudat qui doit le juger. Dans l'asthme humide, il modifie peu à peu l'exsudation muqueuse dont la continuité excite le retour des accès ou entretient une dyspnée incessante. Les catarrhes intarissables, la bronchorrhée elle-même s'amendent sous l'empire de ce puissant modificateur. Nulle part, enfin, son emploi ne sera mieux justifié que dans la grippe, dont l'élément catarrhal est si prononcé.

Les affections du larynx se prêtent également à son usage, qui combat souvent avec succès l'enrouement et l'aphonie.

Il n'est pas jusqu'aux lésions dont les poumons sont le siége, qui n'en ressentent les effets salutaires. Chez les tuberculeux, la sécrétion purulente des cavernes diminue même parfois momentanément ; souvent aussi les sueurs de nuit se modèrent ; autant d'améliorations, en définitive, qui adoucissent et prolongent les derniers jours et viennent en aide, dans les cas heureux, à d'autres médications susceptibles d'introduire un changement plus décisif dans l'état général des phthisiques. Ce fut, et non sans raison, on le voit, l'un des ingrédients des pilules formulées par Richard Morton contre la phthisie.

La gomme armoniaque, d'ailleurs, pareille en cela aux baumes avec lesquels elle a quelques rapports en pharmacodynamie, active

la nutrition et remonte les forces assimilatrices : nouvel appoint en sa faveur dans les états cachectiques où elle écartait déjà de notables causes d'affaiblissement par sa tendance à tarir les sécrétions morbides.

Ce serait assez, sans doute, pour fonder la réputation d'un remède, d'avoir établi sur des preuves cliniques son efficacité contre les maladies de poitrine; restreint à certaines espèces, à certaines formes de ces maladies, le champ d'application serait large encore; mais le frein qu'il apporte là aux tendances exsudatives de nature muqueuse et purulente, pourrait-il l'opposer ailleurs? Ne pourrait-il pas également réprimer les flux morbides émanés d'autres membranes muqueuses, s'attaquer aux suppurations excessives partout où elles se montrent, combattre la génération du pus, ici dans un organe, là lorsqu'elle envahit l'économie entière sous forme de diathèses purulentes, tous cas, du reste, dans lesquels les résineux et les balsamiques ont été plus d'une fois invoqués? Ce sujet, qu'il ne m'a point été encore donné d'élucider complétement, me semble digne d'études et de recherches qui ne manqueraient pas d'intérêt. Tout ce que je puis ajouter pour le moment aux faits plus nombreux relatifs à l'action de la gomme armoniaque sur les membranes respiratoires, c'est que ce médicament n'est pas non plus sans portée sur la muqueuse génito-urinaire, et que, comme l'ont avancé les anciens auteurs, il y a quelque bon parti à en retirer dans le traitement des catarrhes du rein et de la vessie, de la matrice et du vagin. Il m'a semblé, par exemple, voir quelques femmes leucorrhéiques bénéficier sous ce rapport de l'usage de la gomme armoniaque pendant qu'elles en usaient pour une affection des organes respiratoires. Chez d'autres femmes, des troubles, des retards dans la menstruation ont pu incidemment disparaître; ainsi se réaliseraient encore les propriétés emménagogues qui lui étaient autrefois attribuées.

Mais, je le répète en terminant, ce qui domine dans la gomme armoniaque, c'est la propriété anticatarrhale; et j'entends par là un remarquable pouvoir de modifier et d'arrêter rapidement les exsudats muqueux et puriformes des membranes muqueuses, et particulièrement de la muqueuse respiratoire. Je n'ai jamais expérimenté un médicament qui, dans les cas de lésions sécrétoires des bronches et des poumons, ait donné des résultats plus nets et plus satisfaisants. Le suc gommo-résineux du *dorema armoniacum* mérite donc de reprendre le rang qu'il n'aurait jamais dû perdre parmi nos meilleurs remèdes béchiques et pectoraux.

IV. — PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES; DOSES, MODE D'ADMINISTRATION.

Pour obtenir d'un remède toute l'efficacité désirable et pour le vulgariser s'il en est digne, il faut savoir l'administrer à des doses qui permettent à ses propriétés thérapeutiques de se développer, et le présenter sous une forme agréable et propre en même temps à assurer son action.

La dose de la gomme armoniaque est, en général, très-mal déterminée dans nos modernes auteurs. La plupart la fixent à un chiffre trop faible, à des fractions du gramme. Or, chez l'adulte au moins, ce médicament doit être donné en quantité plus considérable pour produire des effets thérapeutiques assurés. La dose journalière doit être de 1, ou plutôt de 2 à 4 grammes; on peut la porter à 6 et 8 grammes, et il le faut même si les premières sont jugées insuffisantes. Jusqu'ici je n'ai pas eu besoin de dépasser 8 à 10 grammes, et mes doses habituelles, pour les cas ordinaires, sont 2, 3 ou 4 grammes. Ces dernières doses sont aussi celles de MM. Trousseau et Pidoux.

La gomme armoniaque s'administre seule ou unie à d'autres médicaments. Lorsque l'on veut obtenir et juger dans toute sa pureté l'action propre de cette gomme-résine, il faut la prescrire isolément, sauf quelques correctifs ou adjuvants incapables de modifier son action. Mais il est des circonstances qui autorisent certaines associations médicamenteuses; j'en signalerai quelques-unes que je crois bonnes et acceptables; je repousse toutes les formules compliquées et surannées de la pharmacie galénique.

Les substances qui ont été associées le plus souvent à la gomme armoniaque et qui pourraient l'être encore avec avantage, selon les indications, sont: l'eau d'hysope, le savon médicinal, le sirop de polygala, le benjoin, les baumes de Pérou et de Tolu, la myrrhe, le galbanum, les préparations d'antimoine, de scille, d'ipécacuanha, d'opium.

L'eau distillée d'hysope servait très-fréquemment autrefois de véhicule aux potions contenant de la gomme armoniaque, surtout lorsqu'elles étaient prescrites contre l'asthme. On ne trouverait pas facilement aujourd'hui cet hydrolat, l'hysope n'étant pas même au nombre des médicaments que les pharmaciens doivent avoir toujours dans leurs officines. Mais l'hysope a réellement une certaine efficacité chez les asthmatiques et les catarrheux, et je la leur re-

commande sous forme d'infusion chaude comme tisane, pendant que d'autre part je leur administre la gomme armoniaque.

Le savon médicinal est le meilleur excipient des pilules de gomme armoniaque. On a attribué au premier l'avantage de diminuer la viscosité des crachats et de favoriser ainsi l'expectoration. Les avantages réels de cette association peuvent s'expliquer d'une manière plus rationnelle. Le savon médicinal offre non-seulement à la gomme-résine en question, mais encore à toutes les substances résineuses ou contenant quelques principes de cette nature, un élément alcalin susceptible de former avec la résine un composé soluble et de faciliter conséquemment son absorption; mais il est tout à fait hypothétique que le savon ou tout autre médicament alcalin rende les humeurs destinées à l'expectoration plus ténues et moins visqueuses. Pour l'influence des alcalins sur l'expectoration, on tend à se rallier aujourd'hui à l'opinion de Virchow, basée sur des expériences qui ont démontré à ce savant physiologiste que des dissolutions de potasse et de soude excitent la propriété vibratile des épithéliums. En excitant ainsi les mouvements des cils de la muqueuse respiratoire, les substances alcalines contribueraient à faire cheminer les humeurs sécrétées par cette muqueuse vers les voies d'expulsion ; ainsi s'expliquerait, par exemple, l'efficacité des eaux particulièrement minéralisées par les sels alcalins dans le traitement des affections catarrhales des organes respiratoires. Si l'on veut bien aussi admettre mon opinion, que la gomme armoniaque de son côté anime les fibres lisses des bronches, on comprendra que l'expectoration puisse trouver deux-puissances pour l'effectuer dans l'emploi combiné de cette gomme-résine avec le savon médicinal, mais bien mieux encore avec des eaux minérales comme celles d'Ems et du Mont-Dore.

Les préparations de scille sont au nombre de celles qui ont été le plus souvent associées à la gomme armoniaque; elles ont pour but, et elles l'atteignent en effet, d'augmenter les propriétés expectorantes de celle-ci. « La scille excite, dit Cullen, les canaux excréteurs et facilite d'une manière remarquable l'expectoration. » C'est ce que confirme l'observation de tous les thérapeutistes. Quant à ses propriétés incisives, sur le vrai sens desquelles il est d'ailleurs difficile de s'entendre, elles sont moins bien prouvées; et l'on est encore plus fondé à les contester à la gomme armoniaque, qui, comme je l'ai déjà fait remarquer, ne fluidifie nullement les crachats.

Les préparations de polygala et d'ipécacuanha, et, entre autres, les sirops de chacune de ces deux racines, sont aussi très-utiles pour

additionner les potions à la gomme armoniaque, prescrite en vue de provoquer l'expectoration.

Les antimoniaux agiraient de la même manière, mais j'approuve moins leur union aux substances résineuses et balsamiques dont elles contrarient parfois l'action plutôt qu'elles ne la favorisent.

Les substances dont il nous reste à parler viennent plutôt en aide à la gomme armoniaque pour soutenir ses propriétés calmantes et antispasmodiques et tarir les sécrétions catarrhales. Sous ce double rapport, les baumes de Pérou et de Tolu sont d'excellents adjuvants. Les opiacés se placent sur la même ligne, et l'emportent en puissance lorsqu'il s'agit de vaincre ces toux douloureuses et opiniâtres qui ont résisté à tout autre moyen. En pareil cas, j'ai ordinairement trouvé très-utile un mélange des deux sirops de gomme armoniaque et d'opium.

Examinons maintenant les divers modes d'administration auxquels peut se prêter la gomme armoniaque.

Je dirai d'abord que je ne suis partisan, pour l'emploi interne, ni de la gomme armoniaque pulvérisée d'avance, ni surtout de la gomme armoniaque purifiée d'après le procédé indiqué par le Codex pour elle comme pour certaines autres gommes-résines. Je préfère l'emploi de celle qui a été laissée et conservée dans son état naturel, à la condition qu'elle soit aussi pure que possible. On la pulvérise au moment du besoin pour la confection des potions, sirops ou pilules. La poudre est commode pour faire les pilules auxquelles on veut donner un excipient quelconque. On peut aussi les façonner avec de petits morceaux, avec les larmes de préférence, que l'on détache de la masse et que l'on roule en les ramollissant entre les doigts. Mais sous la forme pilulaire, la digestibilité de la résine est plus que douteuse, à moins qu'on ne prenne pour excipient le savon médicinal.

La seule préparation officinale que mentionne le Codex, est une teinture alcoolique, qui n'est jamais employée, et qui se précipiterait d'ailleurs dans le véhicule aqueux des potions.

On doit préférer pour l'emploi interne les préparations qui suspendent, et mieux encore celles qui dissolvent cette gomme-résine dans un liquide approprié. L'eau ne dissout que la gomme; cette dissolution suspend la résine en formant une émulsion. L'alcool ne dissout que la résine. Les meilleurs excipients liquides sont l'eau-de-vie ou un vin blanc suffisamment alcoolisé, dans lesquels chaque élément de la gomme armoniaque trouve son dissolvant. Elle se dissout aussi dans le vinaigre; mais cette solution n'est em-

ployée que pour les usages externes, sur lesquels je n'insiste pas, ne m'en étant pas occupé dans ce mémoire.

Les émulsions de gomme armoniaque avec l'eau gommée (car l'eau seule est insuffisante), avec un jaune d'œuf, avec le looch blanc qui donne un meilleur résultat, ne sont donc que des préparations imparfaites comparativement à celles dans lesquelles on fait intervenir le vin, celles-ci donnant une solution et se trouvant par conséquent plus actives, mieux absorbables que les potions émulsives, qui ne font que diviser et suspendre cette substance. Le vin offre en outre le double avantage de corriger le goût désagréable de la gomme armoniaque, et de prévenir l'irritation gastrique que pourrait déterminer la résine non dissoute. C'était anciennement le véhicule le plus employé pour l'administration de ce médicament ; ainsi, parmi les nombreux moyens qu'indique Hippocrate contre la suffocation hystérique, il cite l'*ammoniacon*, en recommandant de le faire boire dans du vin. (*Maladies des femmes*, liv. II, 201.) Un *vin de gomme armoniaque* pourrait, avec plus d'avantages qu'une teinture alcoolique, servir à préparer, au moment du besoin, des potions dont les autres ingrédients seraient le sirop simple ou le sirop de gomme et un hydrolat aromatique, comme la *mixture antiasthmatique de Brunner* en offrait un exemple. (V. Cadet de Gassicourt, *Formulaire magistral*.)

Mais il est encore préférable d'exécuter la formule d'un *sirop vineux de gomme armoniaque*, insérée dans mon premier travail (*Bulletin de Thérapeutique*, 1855, t. XLVIII), que j'avais puisée dans les pharmacopées de Jourdan et d'Henry et Guibourt, et que ces auteurs avait empruntée aux pharmacopées allemandes. J'ai dû depuis lors modifier cette formule, en diminuant la quantité de gomme-résine et en ajoutant du sirop de Tolu, afin de donner à cet ensemble une saveur irréprochable.

Voici, en conséquence, les proportions auxquelles je me suis arrêté :

Gomme armoniaque........................	10	grammes.
Vin blanc généreux........................	80	—
Sucre..	150	—
Sirop de Tolu..............................	60	—

En dissolvant successivement la gomme armoniaque, puis le sucre, dans le vin blanc, et en ajoutant, après filtration, le sirop de Tolu, on obtient un produit ayant une couleur roussâtre un peu louche, auquel on donnera, si on le juge convenable, un aspect plus

flatteur en le colorant avec quelques grammes de sirop de coquelicot. Il plaît au goût ; il doit à son élément alcoolique de se conserver indéfiniment; et je me demande, après les récentes observations acquises sur l'action de l'alcool dans les maladies des organes respiratoires, si cet élément ne contribuerait pas aussi à l'efficacité thérapeutique du sirop.

Il est à regretter qu'une formule analogue, le type en ayant déjà été fourni par plusieurs pharmacopées, n'ait pas été inscrite au nouveau Codex ; elle aurait contribué à la vulgarisation d'un remède sérieux, qui peut le disputer aux plus vantés aujourd'hui pour calmer la toux, dégager la respiration, faciliter l'expectoration lorsqu'elle doit s'effectuer, et tarir mieux encore les sécrétions pathologiques de la muqueuse respiratoire, et à l'occasion même celles des autres muqueuses. Je crois que ce médicament si utile doit en grande partie la désuétude où il est injustement tombé, au manque de bonnes préparations officinales, qui l'auraient recommandé aux praticiens et rendu plus attrayant pour les malades.

Cette espèce de sirop balsamique à la gomme armoniaque solubilisée, comble donc, si je ne m'abuse, une lacune dans nos moyens thérapeutiques. Une longue expérience m'a conduit à le considérer comme le meilleur mode d'administration d'un médicament destiné à reprendre l'un des premiers rangs dans le traitement des affections des muqueuses. Il se donne pur, par cuillerées, dont le nombre est en rapport avec la dose de gomme-résine que l'on veut prescrire ; ou dissous dans une potion, à laquelle s'ajoute, selon l'indication, l'une des substances médicamenteuses jugées propres à concourir à ses effets. J'engagerais aussi à l'utiliser comme moyen d'édulcoration et comme renfort de l'action curative des eaux minérales, salines ou sulfureuses, employées contre les maladies des organes respiratoires, et je crois que la médecine thermale trouverait souvent en lui un auxiliaire de quelque valeur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'iodoforme employé comme topique pour cicatriser les plaies et ulcères non cancéreux [1] ;

Par le docteur FÉRÉOL, médecin des hôpitaux de Paris.

L'iodoforme est un médicament encore fort peu en usage chez

[1] Lu à la Société de Thérapeutique (séance du 20 mars 1868).

nous, et même inconnu de beaucoup de médecins. En faisant aujourd'hui ce petit travail, je n'ai d'autre dessein que d'attirer l'attention sur ce composé chimique très-curieux, et de montrer qu'il peut être très-utile comme topique, et surtout comme topique pulvérulent, pour arriver à cicatriser certaines plaies à tendance ulcéreuse. Si je ne me trompe, c'est M. le docteur Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui a, le premier, au moins en France, essayé ce corps dans ce but spécial, et qui lui a reconnu, dans certains cas, une efficacité vraiment remarquable sous ce rapport. C'est sur les indications de ce savant collègue que j'ai eu recours à ce procédé, qui m'était tout à fait inconnu, et je m'empresse tout d'abord de le dire.

Je me trouve, du reste, ici, en accord avec mon excellent ami M. le docteur Besnier, qui, dans une note qu'il vient de publier, le 30 décembre dernier, au *Bulletin de Thérapeutique*, a devancé l'étude que je donne aujourd'hui, étude qui est à peu près absolument conforme à la sienne, et qui n'a d'autre raison d'être que de donner aux trois ou quatre faits sommairement cités par M. Besnier, et aux conclusions qu'il en tire, la consécration d'un plus grand nombre d'observations un peu détaillées. Or, dans sa note, M. le docteur Besnier reconnaît, comme moi, que c'est sur les indications de M. Lailler et dans le service de ce dernier à l'hôpital Saint-Louis, où il le remplaçait, qu'il a été conduit à user de l'iodoforme en applications externes, dans le but d'obtenir la guérison de plaies à cicatrisation lente.

Je n'ai point, du reste, l'intention de faire ici un historique complet de la question ; cet historique se trouve déjà sommairement indiqué dans un mémoire publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 15 mai 1867, par M. le docteur Demarquay. Encore moins entreprendrai-je un travail d'ensemble sur l'iodoforme.

Je dirai seulement quelques mots d'une brochure du docteur Giovanni Righini, pharmacien chimiste à Novare et agrégé à l'Ecole de pharmacie de l'université de Pavie, brochure traduite en français et publiée à Bruxelles en 1863. Cette monographie, qu'il est assez difficile de se procurer, est surtout faite au point de vue physiologique et chimique. L'auteur prouve, par de nombreuses expériences, que l'iodoforme, introduit dans le tube digestif, ou sous la peau, est absorbé, puisqu'on retrouve de l'iode dans les liquides, le sang, la salive, la sueur, l'urine, et (ce qui paraît moins concluant, au moins pour l'iodoforme introduit par la bouche) dans les matières fécales. Puis, il donne un formulaire très-détaillé de nom-

breux procédés magistraux et spéciaux pour administrer le médicament. La partie thérapeutique de ce mémoire est presque nulle. Les observations, au nombre de huit seulement, très-écourtées et peu concluantes, ont trait à la phthisie, à la syphilis, au rhumatisme. Dans tous ces cas, l'iodoforme a été administré en pilules. Cependant je dois dire que dans le corps du mémoire, au chapitre des *Expérimentations physiologiques*, on trouve un cas de cancer du sein à suppuration fétide, qui fut pansé avec la solution albumineuse d'iodoforme, et que ce pansement aurait amélioré.

En France, il y a une dizaine d'années, Aran essaya aussi l'iodoforme à l'intérieur contre la syphilis, et lui trouva une action analogue à celle des composés iodiques.

Mais c'est surtout à l'étranger que la question de l'utilité thérapeutique de l'iodoforme pris à l'intérieur, tant comme anesthésique que comme modificateur général, a été étudiée dans ces derniers temps. En Allemagne, les docteurs Lightfield et Glower l'ont essayé contre les maladies de la peau, et, en particulier, le psoriasis, l'eczema; en Angleterre, MM. Greenhalgh et Nunn, contre les névralgies, la goutte, le rhumatisme et les carcinomes utérins.

Bien que ces travaux aient une importance que je ne veux pas méconnaître, je ne crois pas être injuste envers leurs auteurs en disant que le problème est par eux posé plutôt que résolu, et je crois que cette difficile matière appelle de nouvelles recherches.

Topiquement, l'action de l'iodoforme est mieux connue déjà, ce qui s'explique facilement. M. le docteur Morétin, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en 1853, constatait l'action anesthésiante locale de l'iodoforme introduit dans le rectum ; et l'employait avec succès comme résolutif contre les engorgements de la prostate. Depuis, il a continué ses recherches, et je tiens de lui-même qu'il prépare un travail en ce moment sur l'efficacité d'un collodion iodoformé, comme anesthésique local, particulièrement dans les attaques de goutte et le rhumatisme.

M. Maître avait noté également la sensation de bien-être qui résulte de l'application du topique iodoformé sur les tumeurs cancéreuses ulcérées.

D'après ces indications, M. le docteur Demarquay pensa à expérimenter de nouveau ce médicament, et l'on peut voir, dans les deux notes publiées au *Bulletin de Thérapeutique* des 15 mai et 15 décembre 1867, les essais faits par cet habile chirurgien, de

l'iodoforme en topique, soit pulvérulent, soit incorporé au beurre de cacao, contre diverses formes de cancer.

Dans tous ces cas, l'iodoforme était employé principalement à titre d'agent anesthésique local, et secondairement à titre de résolutif ou de modificateur des sécrétions et particulièrement de désinfectant.

Malgré les analogies que ces essais présentent avec les nôtres, ce n'est pas précisément au même point de vue que nous nous sommes placés, M. Besnier et moi, d'après le conseil de M. Lailler. Je ne conteste pas l'utilité de l'iodoforme employé comme l'a fait M. Demarquay. Ses observations sont fort encourageantes ; et s'il n'est pas permis d'en inférer que la guérison du cancer en devienne plus fréquente, c'est cependant quelque chose que d'avoir un agent de plus pour combattre quelques-uns des symptômes de cette inexorable lésion, et peut-être pour en retarder la marche. En tout cas, M. Demarquay aura eu la bonne fortune d'arriver le premier pour rappeler l'attention sur un corps à qui M. Bouchardat avait prédit de grandes destinées à sa naissance, et qui était tombé dans un oubli immérité.

Je ne me suis point, pour ma part, occupé des cancers ni des cancroïdes. Les observations que je rapporte ont une visée moins haute et, par conséquent, plus facile à atteindre. Elles se bornent à établir que dans une foule de circonstances, en dehors des carcinomes, l'iodoforme appliqué à la surface des plaies jouit souvent d'une efficacité réelle pour en amener la cicatrisation complète.

Quelles sont les circonstances où cette efficacité spéciale de l'iodoforme se rencontre? quelles sont les indications qui peuvent engager à y recourir? Ici je n'ai pas, je l'avoue, de criterium bien net à proposer. Et je dirais volontiers, avec M. Besnier, qu'on peut user du procédé toutes les fois qu'une plaie présente une résistance notable à la cicatrisation. L'aspect blafard, atonique de l'ulcération est une des meilleures conditions de succès. Il semble qu'alors l'iodoforme agisse comme un excitant qui réveille la vitalité des tissus. Cette action m'a paru évidente dans certains cas, où l'application du topique provoquait à la surface de la plaie un léger suintement de sang. Il était bon alors de suspendre la médication ; et la cicatrisation n'en marchait pas moins vite ensuite, alors qu'on se bornait à panser avec un linge cératé ou imbibé d'eau froide.

A cet égard, je dois dire qu'il m'a semblé qu'une partie de l'action de l'iodoforme devait être attribuée à ce que le médicament

était pulvérulent. On sait combien les poudres inertes, telles que l'oxyde de zinc et le sous-nitrate de bismuth, ont d'efficacité contre certaines formes d'ulcération ou de suintement ; on a même obtenu des effets analogues en se servant de sable très-finement pulvérisé. Or, l'iodoforme est une poudre composée de cristaux très-petits, à angles aigus très-vifs. Il paraît impossible, à première vue, que cette disposition ne soit pas pour quelque chose dans l'action siccative et excitante qu'exerce le médicament à la surface des plaies. Et l'observation clinique le prouve ; car, employé en pommades, en glycérolés, le même corps a certainement une action beaucoup plus lente et plus douteuse ; alors, je n'ai jamais observé les suintements sanguinolents qui sont assez fréquents lorsqu'on se sert de l'iodoforme en poudre cristalline. Aussi le procédé des pommades et excipients quelconques doit être réservé pour les ulcères qui n'ont rien d'atonique ou qui paraissent disposés à saigner facilement, tandis que la poudre convient aux ulcères blafards, grisâtres et atoniques.

En général, quant au mode de pansement, il suffit de recouvrir la plaie avec la poudre qui y adhère d'elle-même ; un linge sec ou un peu de baudruche gommée suffit à maintenir le pansement en état ; ou bien un linge très-légèrement mouillé d'eau ou enduit de cérat. Dans quelques cas, je me suis bien trouvé de fixer la poudre d'iodoforme sur la plaie à l'aide de bandelettes de diachylum imbriquées les unes sur les autres, ou simplement à l'aide d'un carré de diachylum, en laissant le pansement quatre à cinq jours en place, avant de le renouveler. Ce procédé m'a donné des succès là où le pansement simple à l'iodoforme avait échoué. Cela tient-il à ce que le médicament est maintenu en contact plus intime avec les tissus malades? à ce que le diachylum procure une occlusion de la plaie, qui se trouve saturée en quelque sorte par les émanations du médicament, dont l'odeur est si tenace et pénétrante ? Toujours est-il que je crois devoir recommander ce moyen comme le plus efficace de tous, principalement pour les ulcères variqueux et pour les rupia syphilitiques. Il y a d'ailleurs quelque importance à ménager le plus possible un médicament qui coûte encore, en ce moment, assez cher.

Il n'est pas très-rare que les malades accusent la poudre d'iodoforme de leur causer des picotements et même de la douleur, lors de la première application ; mais cela a toujours été très-passager. Au contraire, les plaies douloureuses deviennent indolentes après l'usage de la poudre, et l'action anesthésique locale de l'iodoforme

en topique m'a paru très-manifeste et très-marquée. C'est là un point capital, sur lequel je ne saurais trop insister.

L'odeur si intense et si persistante de l'iodoforme paraît à quelques malades, surtout à des femmes délicates et nerveuses, tout à fait intolérable. D'autres, moins susceptibles, sans la trouver précisément répugnante, sont incommodés de son intensité, qui empêche quelquefois le sommeil. C'est là un inconvénient réel, mais auquel on peut s'habituer, et qu'on surmonte même le plus souvent, surtout lorsqu'on voit les effets du pansement se manifester du jour au lendemain, quelquefois avec une évidence palpable.

Ce n'est pas seulement quand une ulcération offre de la résistance à la cicatrisation qu'il y a lieu de songer à la panser avec la poudre d'iodoforme. La même indication se présente lorsqu'il y a urgence à obtenir cette cicatrisation, bien que la plaie soit récente et que rien n'y révèle encore une tendance ulcéreuse. Or c'est ce qui arrive particulièrement pour le chancre mou. S'il est vrai, comme le veulent les doctrines aujourd'hui régnantes en syphilis, que le chancre mou dépende d'un virus spécial qui n'infecte pas toute l'économie, et qu'il constitue à lui seul toute la maladie, dont les seuls dangers résident alors dans le bubon consécutif et dans le phagédénisme qui peut compliquer chancre et bubon, il devient d'autant plus important d'obtenir au plus vite la cicatrisation de ce chancre. Or, ici la poudre d'iodoforme paraît avoir une efficacité vraiment remarquable. Sur six chancres mous à différentes périodes, j'ai obtenu une cicatrisation complète et rapide; dès le lendemain de l'application de la poudre, la modification de l'ulcère et la tendance cicatricielle étaient manifestes.

Quant à ce qui est du phagédénisme lui-même, je n'ai pas de faits assez concluants pour affirmer aussi nettement l'utilité du remède. Une fois, je l'ai employé contre un chancre induré qui n'avait aucune tendance cicatricielle; c'est la première fois que j'essayai l'iodoforme. Ennuyé de ne pouvoir obtenir la cicatrisation de ce chancre, que je pansais moi-même avec le plus grand soin, tous les matins, depuis près de trois mois, j'en parlai à M. Lailler, qui me conseilla d'essayer la poudre d'iodoforme. En six jours, la cicatrisation fut complète (Obs. VII). Mais il ne s'agissait pas là d'un véritable phagédénisme.

Une autre fois, je l'ai employé contre un trajet fistuleux à tendance serpigineuse ayant succédé à un bubon suppuré; et là encore le succès a été rapide (Obs. VI).

Enfin, en ce moment même, je panse depuis quatre jours un chan-

cre induré de la rainure, qui a envahi le gland dans une grande étendue, et y affecte un aspect fongueux et suppurant, voisin du phagédénisme; dès le second pansement, l'amélioration était manifeste; et l'ulcération, au lieu de continuer à s'agrandir, a visiblement diminué sur les bords, le centre est moins fongueux et la suppuration beaucoup moindre.

Ce sont là des faits encourageants et qui me donnent lieu de croire que ce mode de traitement peut donner de bons résultats contre le phagédénisme. Mais je ne puis qu'appeler sur ce point de nouvelles recherches et des observations où le phagédénisme soit plus accusé (1).

Quant aux syphilides, l'iodoforme en topique paraît avoir sur elles une action cicatrisante très-manifeste. Je n'ai pas répété les expériences d'Aran sur l'efficacité de l'iodoforme pris à l'intérieur contre la syphilis elle-même, expériences qui mériteraient d'autant plus d'être reprises, que la curation de l'infection syphilitique me paraît de jour en jour plus difficile et plus problématique, pour ne pas dire plus. Mais s'il est souvent au-dessus des ressources de l'art d'agir sur le fond même de la maladie, on peut souvent influencer très-heureusement ses manifestations. Il n'est pas indifférent, par exemple, d'obtenir la cicatrisation d'ulcères douloureux, fétides et gênants. Or, je suis parfois arrivé, au moyen de la poudre d'iodoforme et de l'occlusion combinées, à guérir en quelques jours des rupias, des echthymas, des ulcères consécutifs à des gommes syphilitiques, qui duraient depuis des mois. De même, les rhagades anales ou interdigitales, les plaques muqueuses des orteils, les tubercules ulcérés, en un mot, toutes les syphilides suppurantes, m'ont paru subir localement une influence très-heureuse du pansement à l'iodoforme. Je sais bien qu'aux yeux de certains médecins, cette amélioration purement locale des symptômes syphilitiques n'est pas à rechercher, et que les guérisons obtenues par des procédés topiques ne sont ni solides, ni définitives; que les récidives *in situ* ou les évolutions métastatiques sont toujours à

(1) Depuis l'époque où je faisais ce travail, j'ai été chargé d'un service à l'hôpital du Midi, et j'ai pu m'y convaincre que l'iodoforme pulvérulent avait une efficacité particulièrement remarquable précisément contre le véritable phagédénisme, celui qui complique le chancre mou. J'ai guéri en quelques jours des chancres mous en pleine voie de phagédénisme, et en quelques semaines des ulcérations phagédéniques du gland et de l'aine qui, je ne crois pas m'abuser, auraient mis un temps plus long à se cicatriser par tout autre moyen.

craindre dans ces cas ; je sais cela, et je le crois, pour ma part. Néanmoins, il ne me paraît pas qu'il faille renoncer à chercher les modifications locales des lésions syphilitiques. Cela est quelquefois d'une urgence incontestable, et c'est presque toujours, quand il s'agit d'ulcérations, d'une grande utilité ; d'autant plus que rien n'empêche alors de continuer la médication interne, si on en voit l'opportunité, et s'il n'y a pas, comme on l'observe souvent dans le cours des véroles arrivées aux périodes tardives et aux allures essentiellement chroniques, de contre-indication formelle à l'usage des prétendus modificateurs de la diathèse.

En dehors des catégories qui précèdent, j'ai fait d'assez nombreux essais de pansement à l'iodoforme ; et il m'a souvent donné de bons résultats, quoique peut-être moins saisissants et moins rapides que dans le chancre mou et dans la syphilis.

Pour les ulcères variqueux, la méthode de la poudre combinée avec l'occlusion par le diachylum m'a procuré une cicatrisation assez lente, il est vrai, dans un cas où les bandelettes de diachylum, puis l'eau alcoolisée, ne donnaient plus de progrès. Bien entendu, l'iodoforme ne peut avoir aucune action contre la tendance aux récidives, ni contre la disposition variqueuse qui est le fond de la maladie même. Bien entendu aussi, l'iodoforme ne peut pas dispenser le malade de l'obligation absolue du repos au lit, sans lequel, quoi qu'on ait pu dire, tout procédé échoue.

Cependant, je crois que, dans des circonstances moins défavorables que celles où se trouvait l'ulcère variqueux de l'observation citée, le pansement à l'iodoforme peut abréger beaucoup pour le malade le temps pendant lequel le séjour au lit est nécessaire. C'est ce que j'ai vu pour les rhagades et plaques muqueuses interdigitales, pour un eczéma léger avec onyxis herpétique autour d'un doigt de pied, et surtout pour un ulcère consécutif à une brûlure profonde et limitée siégeant au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du pouce. Dans ce dernier cas, le malade avait une profession fatigante qui l'obligeait à rester debout. L'ulcère, qui durait depuis six semaines, était profond, taillé à pic ; son fond grisâtre et sanieux adhérait aux parties profondes ; le pied était œdématié et les os un peu tuméfiés ; huit jours de repos au lit suffirent avec le pansement pour amener une amélioration telle, que le malade put reprendre l'exercice de sa profession, sans que la marche du travail cicatriciel en fût arrêtée : en dix-huit jours, tout était cicatrisé.

Je dois mentionner ici, tout particulièrement, un cas fort in-

téressant dans lequel j'ai obtenu, en moins d'un mois, la cicatrisation complète d'une fissure anale compliquée de fistulette borgne externe, et développée au voisinage de tumeurs hémorrhoïdales. Cette petite lésion durait depuis plus de six mois, et avait résisté pendant quatre, à divers pansements. La malade s'est estimée fort heureuse d'échapper à la dilatation forcée du sphincter, à laquelle j'avais parlé de recourir. Je recommande tout particulièrement l'iodoforme dans ces cas, où il a le double avantage de calmer les douleurs si vives de la défécation, et de cicatriser l'ulcère. Seulement, il faut que le pansement soit fait avec soin et assiduité par le médecin lui-même. Il m'a suffi de déposer tous les jours sur la fissure même un peu de poudre d'iodoforme dont je chargeais la rainure d'un stylet cannelé. Le point important est d'assurer le contact exact du médicament avec la plaie. Je ne dis pas que je ne serais pas arrivé au même résultat en introduisant moi-même une mèche chargée d'onguent belladoné ; mais la poudre d'iodoforme est plus commode à manier, reste en place lorsqu'on abandonne le sphincter à lui-même, et elle offre le grand avantage de procurer une anesthésie locale tout à fait précieuse ici, tandis que la mèche est toujours douloureuse.

Sur les trente et une observations qui forment la base de ce petit travail, et qui comprennent tous les cas dans lesquels j'ai fait un usage suffisamment suivi et raisonné du médicament, je n'ai eu véritablement que deux insuccès : l'un dans une sorte de rupia syphilitique, chez une jeune femme enceinte (et encore peut-on dire que, dans ce cas, l'action de la poudre n'a pas été tout à fait nulle, car il y a eu amélioration, sinon cicatrisation complète) ; l'autre, dans un cas que j'ai rapporté en détail, parce qu'il est fort curieux. La lésion était très-bizarre ; il s'établissait successivement, au niveau d'un très-grand nombre d'articulations, un travail ulcératif, sans pustules ni tubercules ; *la peau se mangeait*, comme disait la malade ; les ulcères duraient fort longtemps, quatre, cinq, six mois et plus, sans s'agrandir, étaient fort douloureux, adhérents aux parties profondes pendant leur activité, et laissant après eux une petite cicatrice blanche, lisse, souple, et non adhérente aux parties profondes. Cela durait ainsi depuis deux ans, la syphilis et la scrofule étant hors de cause. En raison du siége des lésions, de douleurs concomitantes, et de la présence sur les deux oreilles, au tragus et à l'antitragus, de quatre points cicatriciels siégeant au lieu d'élection où l'on trouve parfois des concrétions tophacées, j'étais porté à penser qu'il s'agissait là d'une

manifestation rare de la diathèse arthritique. Dans cette idée, je montrai le malade au docteur Bazin, et fus fort étonné, je l'avoue, de l'entendre diagnostiquer là une forme, rare, il est vrai, de farcin chronique, et me dire qu'il avait déjà vu des cas analogues. Le fait est que le malade avait soigné des chevaux autrefois ; bien entendu, il ne pouvait dire si ces chevaux avaient été malades.

Quoi qu'il en soit, cette lésion résista à tout pansement, l'iodoforme, comme le vin aromatique, comme l'eau alcoolisée, l'onguent Canet, le styrax, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, le fer rouge même. Elle se cicatrisa cependant, à la longue, mais sans que la médication y parût être pour rien ; et alors un point nouveau d'ulcération s'établit ailleurs. L'iodoforme pourtant parut n'être pas absolument sans effet, en ce sens qu'il procurait au malade un soulagement marqué, et faisait cesser les élancements très-douloureux dont ces petits ulcères étaient le siége.

Je n'ai pas eu l'occasion d'essayer l'iodoforme en insufflations dans la bouche ou les narines, comme le conseille M. Besnier dans certains cas, ni contre les eschares typhiques, ni contre les lupus ; mais je ne mets pas en doute que, dans une foule de circonstances en dehors de celles que j'ai relatées, ce médicament ne soit capable de rendre de très-grands services.

En résumé, deux insuccès sur trente et une observations, tel est le bilan du procédé sur lequel j'appelle aujourd'hui l'attention, et qui justifiera, je l'espère, entre les mains de tous, le bien que nous en avons pu dire, M. Besnier et moi.

CHAPITRE Ier.

CAS OU L'APPLICATION DE L'IODOFORME A ÉTÉ SUIVIE DE SUCCÈS.

§ 1. — *Chancres mous et bubons.*

Obs. I à VI. 6 cas. — La cicatrisation a été obtenue deux fois en six jours ; une fois en huit (dans ce cas, le chancre avait une tendances erpigineuse ; il siégeait dans la rainure, et avait perforé le frein, qu'il fallut couper) ; deux fois en quatre jours, et une fois du jour au lendemain. Il est vrai que, dans ce dernier cas, il s'agissait peut-être d'un *herpes ;* car le malade était venu me trouver dans mon cabinet aussitôt qu'il s'était aperçu de l'existence d'une petite ulcération superficielle sur la muqueuse du prépuce. Or je ne crois pas facile de faire le diagnostic différentiel du chancre mou et de l'*herpes præputialis*, dans ces circonstances.

Deux de ces malades, en même temps qu'ils avaient leurs chancres, avaient des bubons suppurés. Le pansement de ces bubons avec l'iodoforme, soit en poudre, soit en glycérolé, ne m'a pas paru

réussir mieux que tout autre moyen, lorsque la suppuration est abondante ; je crois même que la teinture d'iode, en injections, ou en badigeonnages, combinée avec la compression, a ici plus d'efficacité. Mais lorsque la suppuration a diminué, la poudre d'iodoforme reprend son action. Ainsi je m'en suis très-bien trouvé dans un cas où, à la suite d'un bubon chancreux, il restait un trajet fistuleux qui s'enfonçait dans le pli de l'aine au milieu d'un tissu violacé, dur, formant bourrelet. Une mèche de charpie enduite d'un glycérolé d'amidon à l'iodoforme amena la cicatrisation de ce trajet serpigineux en moins de huit jours.

§ 2. — *Syphilis.*

Obs. VII. *Chancre induré à phagédénisme superficiel. Trois mois de durée. Cicatrisation en huit jours après l'application de la poudre d'iodoforme.* — Alph. O***, dix-sept ans, entre à la salle Napoléon, à l'hôpital Saint-Louis, le 13 avril 1867, avec un chancre induré de la rainure balano-préputiale. Il prétend qu'il y a environ trois semaines, il s'est grisé avec plusieurs enfants de son âge et qu'il ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant cette orgie. L'érosion est irrégulière et paraît composée de trois chancres qui se sont fondus en un seul ; le prépuce est long et le gland se découvre avec peine. Ganglions inguinaux, et cervicaux ; roséole marbrée sur le tronc et les cuisses ; au coin de la bouche, plaques herpétiques ; squames et suintements ; quelques plaques analogues sur la peau des joues et du front.

Une pilule de proto-iodure à 0gr,025 ; et pansement au vin aromatique.

Au bout de quatre jours, deux pilules de proto-iodure.

Un peu de diarrhée survient, et le chancre prend un aspect grisâtre ; sa surface devient inégale, villeuse, et la suppuration augmente.

Je suspends le mercure à l'intérieur, et donne le sirop d'iodure de fer.

Il survient alors un peu d'amélioration ; les pansements sont faits avec beaucoup de soin ; ils sont très-douloureux.

L'érosion augmente et occupe presque toute l'étendue de la rainure en empiétant sur le gland.

Pansement avec le cérat au calomel et au laudanum ; nulle amélioration.

J'essaye l'onguent Canet ; je reviens au vin aromatique ; inutilement.

J'essaye de revenir au traitement interne, d'abord par la liqueur de Van Swieten ; elle est vomie.

J'ai recours aux frictions d'onguent napolitain sur les cuisses. Elles sont suivies d'une amélioration générale ; la roséole et les plaques pityriasiques du visage disparaissent ; mais l'état du chancre ne se modifie pas.

C'est alors, 1er juillet, que, sur les conseils de M. Lailler, j'essaye la poudre d'iodoforme. Dès le lendemain il y a une amélioration

évidente ; la surface du chancre est d'un rouge net ; la suppuration est beaucoup moins abondante. Le malade dit que l'application de la poudre a été douloureuse. Mais le surlendemain il ne se plaint plus d'aucune douleur ; et après la sixième application, la cicatrice est complète.

Le malade en profite pour s'esquiver sur-le-champ.

Obs. VIII. *Chancres mous ; chancre mixte. Roséole ; ganglions multiples. Guérison des chancres en huit jours par la poudre d'iodoforme.* — Jean B***, maçon, vingt-deux ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 5, le 6 juillet 1867, avec une roséole scarlatinoforme de tout le corps, particulièrement foncée et confluente aux mains et avant-bras ; on dirait qu'il s'est trempé les mains dans du jus de cassis ; apyrexie ; pas de démangeaisons ; pas de mal à la gorge.

Ce malade porte sur le fourreau une demi-douzaine de petits chancres irrégulièrement arrondis, à bords taillés à pic, à fond grisâtre ; un autre un peu plus grand, d'aspect analogue, est situé en dessous de la verge, près du raphé scrotal. Le prépuce est long, œdématié et dur ; il est impossible de découvrir le gland ; à l'orifice préputial on trouve deux petits chancres situés en face l'un de l'autre ; l'un d'eux, un peu saillant, couvert d'une couenne diphthéroïde, est un peu dur à la surface. (Ce chancre est inoculé sur la peau du ventre, et donne un résultat positif. Le chancre d'inoculation a dû être cautérisé deux fois avec la pâte carbo-sulfurique ; à la seconde fois, il y a eu une cicatrisation définitive.)

Nombreux ganglions, petits, durs et indolents, dans les aines et derrière les sterno-mastoïdiens.

Le malade est mis au proto-iodure ; pansement des chancres au vin aromatique.

La roséole disparaît à peu près en dix jours ; il ne reste plus que quelques marbrures pâles sur la peau. Les chancres ne présentaient aucune tendance à la cicatrisation vers le 30 juillet ; et celui qui était situé sous la verge s'était notablement agrandi. Je commence l'application d'iodoforme en poudre dans les premiers jours d'août ; immédiatement les petits chancres se sont cicatrisés ; ceux de l'orifice préputial et celui de la base de la verge ont mis près de quinze jours à se fermer.

Obs. IX. *Plaques muqueuses interdigitales aux pieds. Cicatrisation en quinze jours.* — Eugène F***, trente ans, tapissier, 24 août 1867, hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 15. Chancre induré en mars. Six semaines après, éruption cutanée. Il entre avec une roséole papuleuse, des plaques muqueuses à la bouche, à l'anus, au scrotum et entre les doigts des pieds ; suintement infect ; douleurs intolérables dans la marche. Dès le lendemain de la première application de la poudre, l'odeur est modifiée, tout au moins masquée, et les douleurs sont presque disparues ; la tendance cicatricielle est évidente, et la cicatrisation est complète en quinze jours.

Le malade est au traitement mercuriel depuis qu'il a eu son chancre.

Obs. X. *Plaques muqueuses scrotales et interdigitales aux*

pieds. — Etienne X***, vingt-cinq ans, n° 49, salle Napoléon. Guérison en huit jours.

Obs. XI. *Plaques muqueuses interdigitales aux pieds.* — Isidore C***, quarante-huit ans, n° 48, salle Napoléon, 27 juillet 1867. Guérison en dix jours.

Obs. XII. *Rupia syphilitique. Guérison en douze jours.* — Anne H***, trente ans, domestique, hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 68, le 28 octobre 1867. Rupia du cuir chevelu et des oreilles. Deux grandes plaques de rupia au niveau de l'articulation tibio-péronière supérieure. Antécédents niés. On trouve une cicatrice blanche gaufrée sur la grande lèvre gauche. Sirop de Gibert. Pansement à la poudre, avec occlusion par les bandelettes de diachylum, des deux plaques de la jambe ; le pansement est renouvelé quatre fois tous les trois jours. La dernière fois, la cicatrisation était complète. Les rupia de la tête, qui n'ont pas été pansés de même, n'ont subi aucune modification.

Obs. XIII. *Infection syphilitique ancienne; rupia. Chancre mou récent.* — Emile G***, vingt-huit ans, tapissier, salle Napoléon, n° 1. Chancre probablement induré il y a deux ans ; pas de traitement. Aujourd'hui chancre mou et bubon suppuré. (Le chancre mou a guéri en six jours avec la poudre d'iodoforme.) Deux plaques de rupia se trouvent, l'une au niveau du grand trochanter gauche, grande comme une pièce de cinq francs ; l'autre, de même dimension, à la partie postéro-inférieure de la jambe droite. Ce dernier ulcère est pansé avec la poudre d'iodoforme et l'occlusion par le diachylum ; en dix jours, il était presque cicatrisé. L'ulcère trochantérien, pansé avec le vin aromatique, ne présentait aucune amélioration. J'ai alors pansé les deux ulcères avec l'iodoforme et le diachylum ; et la cicatrisation s'est opérée sur les deux plaies, un peu plus tardivement sur la seconde.

Obs. XIV. *Rupia syphilitique. Tubercules en groupes.* — Jacques B***, salle Saint-Louis, n° 58, le 26 janvier 1867. Infection syphilitique ancienne. Plaques de tubercules en groupes arrondis siégeant sur les membres et le tronc ; de temps en temps, il se fait une poussée de tubercules qui s'ulcèrent. J'avais traité ce malade par l'iodure de potassium à l'intérieur, des pansements au vin aromatique, au cérat, au perchlorure de fer, au bi-iodure de mercure, sans que la maladie parût faire aucun progrès vers la cicatrisation. Le pansement à l'iodoforme, avec occlusion, a réussi à cicatriser deux de ses plaques ulcérées, l'une à la cuisse, l'autre au bras. Cette cicatrisation s'est faite en trois semaines; mais elle n'a pas duré plus d'un mois. Il y a eu récidive *in situ*.

Obs. XV. *Gommes ulcérées. Ecthyma syphilitique.* — Eugène D***, vingt-huit ans, journalier, salle Napoléon, n° 14, 27 juillet 1867. Chancre induré il y a deux ans ; plaques muqueuses à la suite ; traitement chez lui et à l'hôpital. L'ecthyma et les gommes ont paru il y a quatre mois environ ; il y a des pustules ecthymateuses à base un peu tuberculeuse disséminées sur tout le corps ; une gomme ulcérée au mollet droit, formant depuis quinze jours un trou à l'emporte-pièce, à suppuration sanieuse, à fond grisâtre,

est pansée le 30 juillet avec la poudre d'iodoforme ; en quatre jours, l'ulcère est presque comblé par les bourgeons charnus. Pansement avec un linge imbibé d'eau. Il a suffi de quelques jours et de deux attouchements au crayon de nitrate d'argent pour amener la cicatrisation.

Obs. XVI. *Gomme ulcérée.*—Louis C***, vingt et un ans, doreur, salle Napoléon, n° 56, le 10 août 1867. Gomme ulcérée, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, au-dessous de la malléole interne, jambe droite. Six applications de la poudre ont suffi pour amener une cicatrisation presque complète.

Obs. XVII. *Ecthyma syphilitique.* — Véronique D***, trente-cinq ans, salle Saint-Thomas, n° 49, le 3 août 1867. Ecthyma généralisé sur tout le corps, mais principalement confluent sur les jambes ; teinte cuivrée caractéristique ; infection non douteuse. La malade ne peut dormir, dit-elle, et geint constamment. L'application de la poudre d'iodoforme sur les ulcères est assez douloureuse le premier jour, mais, dès le second, la malade se trouve soulagée ; et la cicatrisation est obtenue en une dizaine de jours. Il y eut, quelques jours après, une poussée de lésions syphilitiques nouvelles aux mains.

Obs. XVIII. *Tubercules syphilitiques de l'aile du nez.* — Mariette C***, vingt-cinq ans, salle Saint-Thomas, n° 45 ; 3 août 1867. Cette jeune femme nie tout antécédent syphilitique, et prétend qu'étant tout enfant, elle eut un mal au nez analogue à celui qu'elle a aujourd'hui, avec engorgement des ganglions du cou. L'aile du nez à gauche, le bout et un peu le dos du nez, sont envahis par un groupe de petits tubercules d'un rouge cuivré caractéristique ; quelques-uns de ces tubercules sont ouverts au centre et donnent une suppuration peu abondante avec croûte brunâtre ; l'aile du nez est presque détachée de la joue, et il y a un suintement croûteux sur la muqueuse.

La malade est mise au sirop de Gibert ; et on couvre d'iodoforme en poudre la lésion du nez. On ne tarde pas à voir la cicatrisation commencer ; et en vingt jours, l'organe, qui paraissait menacé, est parfaitement cicatrisé. La malade continue son traitement interne. Je ne crois pas qu'il se soit agi là d'un lupus turberculeux ; l'aspect syphilitique était aussi caractéristique que possible ; peut-être est-ce une syphilis congéniale, ou du moins datant de la première enfance ?

CHIMIE ET PHARMACIE.

Savon pour baume Opodeldoch ;

Par M. Bouilhon, pharmacien.

Dans la préparation du baume Opodeldoch, le point important est d'avoir à sa disposition un savon convenable. Le savon animal

réussit bien, mais beaucoup de pharmaciens reculant devant l'ennui de cette préparation, l'achètent tout fait.

Il en résulte que, très-souvent, le baume Opodeldoch ne prend pas par le refroidissement, et qu'en augmentant la proportion de savon on n'obtient qu'un produit d'aspect peu agréable rempli de flocons et d'une consistance gélatineuse.

Cet inconvénient provient du prétendu savon qui, au lieu d'avoir été préparé avec des graines, l'a été au contraire avec des huiles ou des matières presque complétement composées d'oléine.

On doit donc rechercher un savon qui contiendra surtout des stéarates et des margarates, repoussant complétement ceux qui sont formés en grande majorité d'oléates.

Pour être certain de l'avoir toujours identique, il vaut beaucoup mieux le préparer soi-même; la formule suivante donne un produit d'une blancheur parfaite, à l'aide duquel on ne risque pas de manquer sa préparation.

Il a de plus l'avantage de pouvoir se faire presque instantanément, en petite quantité et à l'aide des vases les plus simples.

Acide stéarique à bougie, 1re qualité........	100	grammes.
Carbonate de soude cristallisé et pulvérisé....	63	—
Eau..	150	—

Faire fondre l'acide stéarique dans un vase étamé de capacité convenable; dès qu'il se trouve porté à une température voisine de 100 degrés, on y projette le carbonate et on remue vivement, tout en maintenant la masse sur un feu très-doux, afin de favoriser la réaction. Il se produit un boursouflement dû au dégagement d'acide carbonique qui est déplacé par les acides gras; dès que cette réaction s'est calmée, ce qui exige quelques minutes, on ajoute la quantité d'eau indiquée, et, tout en maintenant sur un feu doux, on continue à agiter pour terminer la réaction et faire disparaître les grumeaux. On retire du feu, on laisse refroidir en ayant soin de brasser de temps à autre la matière, afin d'avoir un savon poreux et qui, par conséquent, se dissoudra avec rapidité.

Voici les proportions à employer pour obtenir un baume Opodeldoch de consistance convenable:

Savon..................................	110	grammes.
Camphre................................	120	—
Ammoniaque à 22 degrés.................	60	—
Essence de romarin.....................	30	—
— de thym..........................	10	—
Alcool à 85 degrés.....................	1,250	—

Opérer comme pour la préparation habituelle du baume Opodeldoch.
Le produit est transparent et légèrement opalin.

Sur la valeur médicinale de la ciguë.

Lorsqu'un médecin pousse le dévouement à la science jusqu'à expérimenter sur lui-même l'activité des substances toxiques, ce fait mérite à tous égards de fixer l'attention du monde médical. On lira donc avec intérêt les observations suivantes dues à M. John Harley, médecin de l'hôpital du King's College à Londres.

La renommée toxique de la ciguë date de la mort de Socrate. Depuis cet empoisonnement historique, réalisé avec une dose de poison mal expliquée, la matière médicale de tous les peuples s'est emparée de cet agent, dont l'activité, longtemps incontestable, n'avait besoin que d'être tempérée.

Cette réputation truculente suivait ainsi sa marche séculaire à travers les générations médicales, quand M. Harley s'est avisé de discuter ses titres à la large place que la ciguë occupe dans la matière médicale. On l'administre sous toutes les formes pharmaceutiques, en employant tantôt les feuilles, tantôt les séminoïdes. Les expériences ont été faites à Londres au King's College Hospital par MM. Hemingwai et Harley. La teinture a été soigneusement et spécialement préparée avec des semences récoltées par l'expérimentateur; c'est cette teinture qui a servi aux observations, lesquelles ont abouti à ce résultat: que ce médicament ne jouissait que d'une fort médiocre activité.

M. Harley a fait boire jusqu'à 12 grammes de cette teinture prétendue vénéneuse, sans effet aucun à une jeune femme malade d'un abcès dans les reins; on a porté successivement la dose jusqu'à 2 onces, absorbées en présence du médecin. L'action a été insensible.

Le docteur Garrod a constaté dans son hôpital la même inactivité avec la teinture de feuilles et la teinture de séminoïdes, portée jusqu'à la dose de 1 once. Les malades accusaient un peu de chaleur au creux de l'estomac, mais cette chaleur était attribuée très-justement à l'alcool de la teinture. Aucun trouble dans l'économie ne fut signalé.

Le docteur Harley entreprit alors des expériences sur lui-même. Commencée à la dose de 5 grammes, la teinture fut absorbée après une progression calculée, jusqu'à la dose de 60 grammes. L'effet fut insignifiant.

Le jus des feuilles fraîches s'est montré un peu plus actif, mais l'auteur de l'expérience put en prendre impunément 12 grammes. Quant à l'extrait de ciguë, si fort mis en vogue par Storck, il n'a donné aucun effet à la dose de 1 gramme.

Ciguë de Socrate. — D'après les expériences qui précèdent, il semble douteux que le poison d'Etat avec lequel les Athéniens exécutaient leurs condamnés à mort fût composé de ciguë seulement. Rien ne s'oppose à croire que d'autres plantes, plus vénéneuses que la ciguë, l'aconit, par exemple, ne fussent mêlées à ce breuvage homicide.

Il est vrai d'ajouter que la ciguë récoltée dans l'Attique pouvait être plus active que celle qu'on récolte dans nos climats brumeux. Toutefois, cette supposition n'est pas fortifiée par les observations faites de nos jours sur cette plante, qu'on a fait venir de l'Attique elle-même pour ces essais.

Suivant Dioscoride, le breuvage des justiciers d'Athènes était un jus végétal, concentré au soleil et donnant la mort sous un petit volume : μικρὸν πάνυ κατὰ πότιον.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du bromure de potassium dans les maladies nerveuses de la grossesse.

Le bromure de potassium, cet antispasmodique puissant qui a déjà rendu de grands services dans la thérapeutique des névroses, n'a été encore, ce me semble, que très-peu expérimenté dans les maladies nerveuses de la grossesse, contre lesquelles le praticien se trouve si souvent désarmé. Trois fois seulement j'ai employé ce médicament dans ces sortes de maladies, et trois fois j'ai obtenu un prompt succès. De trois faits je ne prétends rien conclure, mais j'espère que, publiés, ils en amèneront d'autres qui viendront corroborer les miens, ou prouver, à mon grand regret, que j'ai été illusionné par d'heureuses coïncidences.

Voici mes trois observations très-succinctes :

I. *Toux nerveuse chez une femme enceinte ; guérison par l'emploi du bromure de potassium.* — Mme X***, trente ans, de bonne constitution, est enceinte pour la seconde fois. Sa première grossesse n'a rien présenté d'extraordinaire; elle n'a été troublée que par quelques vomissements dans les six premiers mois. Mme X*** entre dans le troisième mois de sa deuxième grossesse,

et elle me fait appeler parce que, depuis huit jours à peu près, elle est très-enrhumée, et sans cause appréciable. La toux est sèche, quinteuse, quelquefois incessante, et lui laisse peu de repos pendant la nuit : les quintes sont quelquefois tellement fortes, qu'elle redoute un avortement sous l'influence des secousses de la toux. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne donnent aucun résultat ; point de râles ; point d'expectoration. J'ai évidemment affaire à une toux nerveuse bien caractérisée. J'emploie successivement l'opium, la belladone, l'eau distillée de laurier-cerise, l'aconit, le baume de tolu et le soufre sans aucun résultat. Je songe enfin, après deux mois de traitement, au bromure de potassium que j'administre à raison de 2 grammes par jour ou quatre cuillerées de sirop de tolu. Au bout de deux jours, la toux a presque complétement disparu. Mme X*** continue le bromure de potassium, pendant deux mois, à peu près ; les quinze premiers jours avec le sirop de Tolu, et le reste du temps avec la décoction de quinquina. Mme X*** n'a pas vu reparaître les accidents. Elle est accouchée heureusement.

II. *Vomissements nerveux quotidiens chez une femme enceinte ; bromure de potassium ; guérison.* — Mme X***, vingt-quatre ans, constitution un peu nerveuse, primipare, est enceinte depuis deux mois. Elle me fait appeler pour remédier à des vomissements, presque toujours glaireux, qui surviennent tous les jours ; quelquefois elle rend de la nourriture. J'administre d'emblée le bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, dans la décoction de quinquina. Au bout de trois jours, plus de vomissements. Continuation du médicament pendant quinze jours. Dix jours après la cessation, les vomissements reviennent ; 2 grammes de bromure de potassium tous les jours pendant un mois, puis 1 gramme par jour le mois suivant. Les vomissements disparaissent immédiatement, comme plus haut. Mme X*** est au huitième mois de sa grossesse et ne les a pas vus reparaître.

III. *Vomissements nerveux quotidiens chez une femme enceinte ; bromure de potassium ; guérison.* — Mme X***, trente-deux ans, bonne constitution, est enceinte pour la seconde fois. Vomissements, glaireux habituellement, presque quotidiens, pendant tout le cours de sa première grossesse ; accouchement heureux. Enceinte de trois mois et demi, elle est prise, depuis environ un mois, des mêmes vomissements quotidiens, pour lesquels elle vient me consulter. J'ordonne le bromure de potassium, 2 grammes par jour, dans la macération de *quassia amara*. Trois jours après, plus de vomissements. Mme X*** suit le traitement d'abord pendant un mois ; ensuite elle suspend, puis reprend ce même traitement. Par ce moyen, Mme X*** est arrivée au neuvième mois de sa grossesse, ayant vomi à peine cinq ou six fois depuis qu'elle a pris du bromure de potassium. Ici, il est à remarquer que, lorsque Mme X*** cesse le bromure, les envies de vomir viennent après quelques jours et lui indiquent qu'il faut reprendre le médicament.

IV. Mme X***, enceinte de trois mois, souffre de vomissements

quotidiens qui, d'abord visqueux et incolores, sont devenus bilieux; souvent elle rejette son déjeuner, et, lorsqu'elle le conserve, elle est toujours fatiguée par des soulèvements de cœur très-pénibles. — Perte de l'appétit. — Il y a plus de quinze jours que Mme X*** vomit journellement, lorsque je la vois, le 9 février, pour la première fois. J'ordonne le bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, dans la macération de *quassia amara*. Cinq jours après, je revois la malade: les accidents ont disparu, l'appétit renaît et toutes les fonctions s'exécutent parfaitement. Mme X*** a continué son traitement jusqu'à présent, seulement elle ne prend plus que 1 gramme de bromure par jour. Elle mange sans inconvénients, avec appétit et engraisse.

Des vomissements simples aux vomissements incoercibles, il n'y a qu'un pas; aussi me semblerait-il naturel d'essayer le bromure de potassium dans ces derniers et si redoutables accidents. On pourrait donner le bromure à haute dose avec quelques cuillerées de glace pilée; dans le cas où la glace elle-même serait mal supportée, on pourrait le donner dans de petits lavements. Je veux, pour ma part, aussitôt que j'en aurai l'occasion, essayer cette pratique. Dr CERSOY (de Langres).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire des diathèses, par le docteur CASTAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, membre titulaire de l'Académie des sciences et lettres, de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, ancien chef de clinique médicale, etc., etc.

Longtemps encore les diathèses seront la pierre d'achoppement des théories purement mécaniques de la vie. L'unité morbide qui est nécessairement au fond de ces diathèses qui se transmettent le plus souvent par voie d'hérédité, qui ne se manifestent fréquemment qu'après une longue incubation, que les milieux les plus divers peuvent modifier mais n'éteignent pas, se concilie mal avec une simple aberrance dans la constitution physique ou chimique des solides ou des humeurs; elles supposent une perturbation intime dans les forces propres de la vie, et surtout dans la force fondamentale qui préside à la rénovation moléculaire continue, la nutrition. Il y a, dans toutes les diathèses bien accentuées, un mode de vie nouveau, un entraînement pathologique, dont le point de départ est plus loin que les altérations mêmes que révèle le microscope, puisqu'alors même que celles-ci n'exis-

taient pas, elles étaient là en puissance, à ce point que, dans certaines conditions données, on pouvait, malheureusement, hélas! les prédire à coup sûr pour une période quelconque de la vie. « Au fond, dit quelque part M. Robin, la pathologie n'est qu'une annexe des autres sciences; c'est une anatomie et une physiologie comparées sur un même être, mais dans des conditions diverses; car elle étudie les perturbations des propriétés organiques dont l'état moyen d'oscillation constitue l'état appelé *état normal*. Dans ces phénomènes, il n'y a, pas plus qu'en mécanique céleste, d'état normal et d'état anormal. Les perturbations organiques, comme toutes les autres, ne résultent jamais que du développement et du jeu d'influences réelles et conformes aux lois générales. Ainsi, en principe philosophique, contrairement à la métaphysique médicale, toujours l'état pathologique se relie à l'état physiologique. » Que signifie cette sorte de tautologie dans laquelle la pathologie et la physiologie sont présentées comme le même aspect des choses considérées seulement à des degrés divers d'oscillation? L'école nouvelle qui, cela est incontestable, a éclairé, en y pénétrant plus avant, un certain nombre de faits biologiques, a traité avec un superbe dédain la dialectique médicale. Mais à cette dialectique, qui n'est que la logique s'efforçant d'aller plus loin que les sens dans la conception des choses de la vie hygide ou morbide, elle a substitué, sur la foi du microscope, dont les informations varient souvent suivant l'œil qui regarde, une ambitieuse terminologie, dont, quand on la presse un peu, il sort souvent des notions beaucoup moins nettes que celles dont est en possession une science traditionnelle qui s'est un peu momifiée dans les pures théories grecques. Mais ce n'est point ici le lieu de poursuivre ces idées qu'a éveillées naturellement en notre esprit le livre intéressant de M. le docteur Castan : avant de parler sommairement de ce livre, disons à l'avance que si quelques lecteurs de ce journal avaient pu craindre de glisser sur la pente de doctrines qui ne tendent à rien moins qu'à entraîner la pratique dans les aventures d'expériences dangereuses, soit qu'elles concluent à l'action, soit qu'elles concluent à l'abstention absolue, l'ouvrage du savant agrégé de la Faculté de Montpellier leur sera à la fois un soutien et un guide utile pour les empêcher de s'égarer; non, nous nous hâtons de le dire, que le médecin de Montpellier détourne systématiquement les yeux des travaux d'une école qui aspire à créer la science de toutes pièces avec l'expérimentation, le microscope et les réactifs chimiques; il s'en faut beaucoup qu'il en soit ainsi. S'il demande à cette science ses enseignements nou-

veaux, c'est pour en éclairer, quand il y a lieu, la science traditionnelle, et surtout la clinique, qui est l'âme même du véritable progrès.

A ce dernier point de vue, la question des diathèses, depuis qu'elle a été introduite dans la science, sous cette appellation ou sous une autre, a toujours été une question de la plus haute portée en pathologie et en thérapeutique. Mais nous ne pensons pas que l'état vital, un et divers, conçu sous cette expression, ait jamais été aussi profondément fouillé, et ne craignons pas de le dire, aussi profondément *discuté* qu'aujourd'hui. C'est qu'on a compris, et saisi d'un esprit qui ne lâchera plus prise, des rapports plus ou moins nettement entrevus, entre des maladies que le siége, la forme même des lésions, etc., tendraient vainement à séparer, et que la même hygiène peut prévenir, tout comme la même thérapeutique doit s'efforcer de les combattre. Voilà la vérité qui est au fond de ce mot que la tradition consacre et que l'observation désintéressée de tout système confirme tous les jours; c'est à une exposition didactique sobre, concise et claire de cette vérité que s'est appliqué notre laborieux et savant confrère de Montpellier dans le travail dont il s'agit en ce moment.

L'économie en est simple. Après une étude générale de la diathèse, où l'on s'inspire discrètement de l'*alma mater* du Midi, et où l'on affecte même, nous a-t-il semblé, de s'affranchir d'un langage trop topique, M. Castan traite successivement des diathèses tuberculeuse, scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse, calculeuse, cancéreuse, herpétique et syphilitique.

Nous n'affirmerions pas que parmi les médecins de l'école de Paris, et je parle des plus grands et de ceux qui n'ont pas encore fait le plongeon dans l'abîme du matérialisme des Vogt, des Moleschott, etc., il y en ait beaucoup qui aient conçu la diathèse aussi nettement, et, nous le croyons, aussi judicieusement, qu'on le fait à Montpellier. Écoutons, sur ce point, un des hommes les plus autorisés de cette école, et que cite notre auteur, et il sera difficile à qui ne s'est pas livré, comme parle M. Jules Simon, de ne pas être de notre avis. « La vie nouvelle diathésique, dit M. Jaumes, se distingue non pas seulement par la quantité, mais encore par la qualité de l'acteur. Un individu goutteux, syphilitique, etc., vit d'une vie marquée par un cachet intime, original, qui la spécialise, en fait une existence à part des autres existences, et qui rappelle dans la sphère pathologique ce qu'est le tempérament dans l'ordre hygide. Un tempérament n'est pas seulement la prédomi-

nance d'un organe ou d'un appareil; cela s'y trouve, mais il y a autre chose encore. Le tempérament est l'ensemble des qualités constantes qui spécifient la vie d'un individu bien portant. Nous retrouvons les caractères du tempérament dans l'affection diathésique, puisqu'il y a également des qualités constantes qui spécifient l'économie, et la font agir d'une certaine manière que l'on ne peut ramener à ce qui, dans les forces, est susceptible de mesure. En résumé, un cancéreux, un scrofuleux, etc., sont, en pathologie, l'analogue d'un bilieux, d'un sanguin, etc., en physiologie hygide. La diathèse est donc un tempérament morbide. » Retenez, retenons ce mot, la diathèse est un tempérament morbide : c'est une de ces expressions aussi fortes que justes, qui photographient les choses, et gravent ce que nous en pouvons savoir dans la pensée.

Toute la philosophie du livre de notre savant confrère M. Castan est le commentaire de cette rigoureuse définition ; mais ce commentaire, s'il s'aide de la dialectique, va se retremper à chaque pas dans les faits et montre bien que l'auteur sait à quelles conditions une science, telle que la nôtre, peut réellement progresser, au lieu de tourner éternellement sur elle-même dans le cercle d'une tautologie improgressive.

A la première diathèse qu'il étudie dans son intéressant ouvrage, M. le docteur Castan se heurte immédiatement aux graves divergences qui séparent l'une de l'autre, et sans qu'on entrevoie le futur congrès international qui puisse les réunir, l'école de la métamorphose et celle de la genèse élémentaire, l'école de Virchow et celle de M. Robin. Dans notre humble opinion, il est difficile de voir ce que la science — je dis la science qui a quelque souci moral de son but — gagnera à la solution des questions qui se posent au seuil même de la doctrine française et de la doctrine allemande. Ce n'est pas ici, dans tous les cas, le lieu de le rechercher.

Notre auteur, lui, n'hésite pas ; grand bien lui fasse. Mais qu'il nous permette, bénéficiant du droit que nous avons de ne pas prendre le taureau par les cornes, quand nous y prévoyons du danger et peu de lucre pour le lecteur, qu'il nous permette, dis-je, de nous contenter, de renvoyer celui-ci à sa savante discussion, et de nous contenter, à cet endroit, de dire qu'à côté, qu'au-dessus, qu'au-dessous, comme il voudra de cette discussion, il y a dans son livre un enseignement pratique, sain, judicieux, avec ses obscurités et ses clartés, comme en toutes choses où cherche à plonger notre vue débile, et que sur presque tous ces points nous sommes en

parfaite communion avec lui. Et cela, nous le disons non pas pour le glorifier, mais pour nous en glorifier nous-même.

Rien qu'en séparant la diathèse rhumatismale de la diathèse goutteuse, le savant médecin de Montpellier a montré, avant de formuler explicitement sa pensée à cet égard, qu'il ne partage pas l'opinion de ceux qui ne voient dans ces deux diathèses que deux modes d'un état pathologique identique au fond. Si l'espace et le temps ne nous faisaient défaut tout à la fois, nous ferions peut-être quelques réserves sur l'immense extension qu'il donne à la diathèse rhumatismale. Mais cette restriction, qu'il nous permettra de ne faire qu'énoncer en ce moment, ne nous empêche pas de signaler cette partie de son livre, comme une de celles où se décèle le mieux le praticien sagace, attentif et prudent.

Nous dirons la même chose, et plus explicitement encore, sur les pages consacrées, dans son très-intéressant ouvrage, à la question non neuve, mais largement renouvelée, de l'herpétisme. Il y a là partout une saine, une sagace appréciation des choses de la vie pathologique, qui montre surabondamment que cette vie, on ne la trouvera jamais toute, sur l'objectif du microscope, ni au fond du creuset des chimistes.

D'ailleurs, bien qu'en toutes les questions qu'il a traitées dans son livre notre savant confrère de Montpellier ait largement philosophé, comme il en avait le droit et le devoir, qu'on ne suppose pas que ce soit là un ouvrage de spéculation pure. On se tromperait étrangement si l'on en jugeait ainsi. Le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique, tels qu'ils peuvent être formulés, en se tenant au sommet des choses, sont largement, judicieusement et prudemment traités. En deux mots, ce livre est marqué d'un bout à l'autre d'un cachet de distinction scientifique, si nous pouvons ainsi dire, qui fait tout à la fois honneur au médecin habile qui l'a signé, et à l'école où il en a puisé les principales inspirations.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur l'emploi de l'alcool dans le traitement de la pneumonie; indications et contre-indications [1]. — En présence des méthodes de traitement nouvellement préconisées contre la pneumonie et

[1] Analysé d'après le *Montpellier médical*, juillet et août 1867.

des faits et statistiques publiées en témoignage de leur valeur, les praticiens qui se souviennent d'avoir mis en œuvre, à l'exemple et d'après les principes de leurs maîtres, des moyens non-seulement autres, mais différents, et d'en avoir obtenu de beaux succès, n'ont pu manquer de se trouver quelque peu déroutés. C'est ce qui est arrivé, notamment à propos de la médication qui nous vient d'Angleterre sous le nom de méthode de Todd, et qui prescrit l'emploi de l'alcool à haute dose dans toutes les pneumonies.

Mais comme cette méthode, en somme, a fourni de bons résultats, sans toutefois en avoir donné constamment de tels, ressemblant en cela aux méthodes dont elle a été précédée et qui comptent également des succès aussi bien que des revers, on n'a pas tardé à se dire que sans doute il y avait lieu de se confier à elle dans un nombre plus ou moins considérable de cas, et que toute la difficulté consistait, en définitive, à savoir démêler ceux où elle est particulièrement applicables de ceux auxquels elle ne peut convenir. En un mot, la question s'est posée des indications et des contre-indications de l'emploi de l'alcool dans le traitement de la pneumonie.

Cette question qui, par sa nature même, devait être traitée dans ce journal, et qui y a été traitée en effet, notamment par M. Trastour avec beaucoup de talent (V. t. LXX), a été aussi l'objet de l'examen d'un des médecins les plus distingués de l'école de Montpellier, M. Pécholier.

M. Pécholier s'est demandé, non pas si le traitement exclusif de la pneumonie par les alcooliques, dans tous les cas, était bon, car son esprit et son expérience se refusaient à admettre qu'il en pût être ainsi, mais si l'alcool ne convenait pas à certaines espèces de pneumonies. Il a, en conséquence, pour élucider sa question au moyen de l'expérimentation chimique, choisi un certain nombre de cas qui lui ont paru, *à priori*, favorables à ses essais, et dans plusieurs il a obtenu un succès remarquable et presque inespéré.

Il serait très-intéressant sans doute de rapporter ici avec détails ces divers cas, qui ont été observés dans les salles de l'hôpital Saint-Eloi. Mais cette citation devant nous entraîner trop loin, nous nous bornerons à en donner le sommaire.

Obs. I. Vieux soldat ayant des habitudes invétérées d'ivrognerie. Pneumonie du sommet droit, se manifestant, outre les signes rationnels, par de la matité et du souffle tubaire mélangé à de la crépitation. Adynamie profonde. Traitement par l'alcool. Guérison rapide.

Obs. II. Pneumonie de la base droite chez un homme de trente ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution affaiblie. Matité au-dessous de l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du poumon, râle crépitant à la partie supérieure, souffle tubaire au-dessous. Accidents ataxo-adynamiques très-graves. Traitement alcoolique. Amendement du souffle, crépitation de retour le cinquième jour du traitement; puis convalescence confirmée et prompte guérison.

Obs. III. Soldat âgé d'une trentaine d'années, de constitution affaiblie. Début par des symptômes d'embarras gastrique, avec fièvre à redoublements irréguliers et état ataxo- adynamique. Emploi inutile du quinquina. Le sixième jour, manifestation d'une pneumonie centrale; s'accusant par de la matité, un souffle tubaire bien caractérisé et du râle sous-crépitant. Traitement par l'alcool. Amélioration très-prompte de l'état général, mais persistance des signes locaux. Guérison terminée par l'application d'un large vésicatoire volant.

Obs. IV. Jeune soldat atteint de bronchite capillaire à la suite de l'impression du froid. Pneumonie catarrhale gauche intercurrente, manifestée par de la matité et du souffle tubaire. Adynamie prononcée. Emploi de l'alcool. Résolution complète de la pneumonie le sixième jour de son apparition, onzième de l'entrée à l'hôpital. Persistance de la toux à la suite, bronchorrée, qui cèdent, avec une certaine lenteur, sous l'influence de l'eau de goudron; retour plus rapide des forces, grâce à un régime réparateur.

Obs. V. Pneumonie catarrhale, suite de refroidissement : matité à la partie postérieure gauche de la poitrine, crépitation et souffle tubaire. Traitement par l'ipéca et les vésicatoires. Après une amélioration momentanée, apparition de symptômes adynamiques. Emploi de l'alcool; réaction salutaire très-prompte. Nouvel emploi de l'ipécacuanha et d'un vésicatoire. Guérison le vingtième jour de la maladie.

De ces faits et des théories sur les propriétés de l'alcool, propriété de produire une excitation propre à réveiller les efforts médicateurs assoupis, propriété de ralentir le mouvement de décomposition de l'organisme et de s'opposer à la dénutrition, M. Pécholier conclut que l'alcool convient dans le traitement des pneumonies adynamiques comprises dans les catégories suivantes :

1° Chez les buveurs de profession; dans ce sens, la maladie prend un caractère tout spécial, et il est admis depuis longtemps qu'elle réclame l'emploi des excitants et spécialement du vin;

2° Lorsque la pneumonie se présente avec certains caractères, — soit dépendant de l'*étiologie :* constitution médicale adynamique; été ou automne; individus âgés et affaiblis; constitutions détériorées; etc., — soit en rapport avec les *symptômes locaux :* pneumonies latentes, où les signes rationnels font défaut, où même les

signes physiques tardent à se manifester, où le râle sous-crépitant remplace le crépitant, où le souffle tubaire est moins éclatant et moins métallique, où la splénisation est plus fréquente que la véritable hépatisation, etc. — soit marqués par les *symptômes généraux :* prostration, décubitus dorsal, coma, délire, face pâle, chaleur modérée ou très-forte et âcre, pouls peu fréquent ou très-fréquent, mais très-dépressible, impulsion du cœur faible, etc.;

3° Quand la maladie, quoique sthénique au début, n'a pas tardé à changer de physionomie et à présenter les symptômes de l'adynamie, quelle que soit d'ailleurs la cause de ce changement : génie propre de l'affection, abus de la saignée et des autres débilitants, passage imminent ou réalisé à l'hépatisation grise, etc.;

4° Dans beaucoup de pneumonies doubles, surtout lorsque le second poumon est envahi un certain nombre de jours après le premier et lorsque le sujet a déjà été débilité par le traitement de la lésion primitive;

5° Dans les pneumonies des vieillards ;

6° Dans les pneumonies secondaires, qui surviennent trop fréquemment au milieu du cours des autres maladies fébriles;

7° Enfin, dans tous les cas, en général, quels que soient le sujet, son âge, la saison, le climat, etc., lorsque l'analyse attentive des commémoratifs et des symptômes, et l'état du pouls et des fonctions de l'innervation, feront penser que la pneumonie est vraiment asthénique.

Les contre-indications des alcooliques dans la pneumonie se déduisent facilement de la connaissance des indications qui en rendent l'emploi opportun; elles résultent des circonstances inverses : Hiver, froid sec; sujets jeunes et vigoureux; pouls plein et dur; face rouge et injectée; en un mot, quand il y a les symptômes caractéristiques de cet état dit *fièvre inflammatoire*. Un deuxième ordre de contre-indications se tirerait de l'état des voies digestives; ainsi, malgré des symptômes adynamiques caractérisés, lorsque la langue est très-rouge et sèche et que l'épigastre est douloureux à la pression.

Mais, fait remarquer M. Pécholier, ce n'est pas tout de fixer les indications de l'emploi de l'alcool dans la pneumonie; il faut encore fixer la dose à laquelle le remède doit être administré. Cette dose varie nécessairement suivant l'âge, le sexe et le tempérament du sujet, suivant l'intensité de la maladie et la faiblesse du malade. Mais ce qu'il importe de bien savoir, c'est que, d'une manière générale, il faut donner une dose élevée si l'on veut obtenir de puis-

sants effets. Ce qui fait la nouveauté, l'énergie, l'importance et aussi le danger de la médication alcoolique dans la pneumonie, ce sont les quantités considérables d'alcool qui sont administrées. En moyenne, M. Pécholier a administré par jour de 100 à 120 grammes d'alcool à 23 degrés Baumé à ses pneumoniques; et, dans certains cas, il n'hésiterait pas à dépasser cette proportion. Dans sa formule ordinaire, il ajoute à 60 grammes d'alcool 100 grammes d'eau et 30 grammes de sirop, et cette potion est prescrite deux fois par jour. Cette dose doit être restreinte et diluée dans une plus grande quantité d'eau chez les femmes, les personnes qui ont le palais impressionnable, ou ne sont pas habituées à boire du vin, afin de diminuer l'impression de chaleur et d'excitation que la potion détermine à la bouche ou à l'estomac.

Disons enfin, en terminant, avec notre auteur, qu'indépendamment de la nécessité de bien préciser la quantité d'alcool utile à chaque malade et de la proportionner à ses besoins, deux choses sont encore nécessaires : 1° le médicament doit être administré à dose fractionnée, afin de n'avoir jamais d'excitation trop forte, qui serait nécessairement suivie d'un affaissement secondaire ; 2° il ne faut pas suspendre trop brusquement le remède lorsqu'il a produit ses effets, mais bien le donner à dose décroissante pendant plusieurs jours encore.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Bons effets des injections hypodermiques de morphine dans un cas d'éclampsie albuminurique. Le fait suivant vient d'être publié par M. Hecht, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Il s'agit d'un enfant de sept ans, qui, au dix-septième jour d'une scarlatine, fut pris d'anasarque à marche rapide, puis, au bout de quatre jours, de convulsions. Deux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine (15 milligrammes), à un quart d'heure d'intervalle, firent cesser les convulsions, qui ne reparurent pas.

L'auteur fait suivre la relation de ce fait des observations suivantes qui ont toute notre approbation :

En pratiquant ces injections, il ne pouvait entrer dans notre esprit de nous attaquer à la cause même des convulsions : celles-ci restaient momentanément en dehors de notre sphère d'action, nous ne pouvions que combattre ces convulsions, c'est-à-dire un symptôme. La médication employée n'a donc été que symptomatique. Mais ce symptôme était prédominant ; il mettait d'une façon immédiate la vie des malades en péril ; en le faisant disparaître, nous avons gagné le temps nécessaire pour que les médicaments propres à favoriser et obtenir la diurèse aient pu agir. Nous comptions si peu sur la permanence du résultat thérapeutique obtenu, que, le temps pendant lequel le système nerveux était resté sous l'influence de la morphine une fois écoulé, nous redoutions fort de voir les accidents convulsifs se reproduire; et, dans ce cas, nous n'eussions pas hésité à avoir de nouveau recours au moyen employé.

Quant au mode d'action de la mor-

phine, ce médicament a pour effet immédiat de diminuer la susceptibilité des centres excito-moteurs et de les rendre moins impressionnables, moins sensibles à l'action des principes toxiques (urée, etc.) anormalement accumulés dans le sang. Cette action de la morphine peut être rapprochée de celle du chloroforme, qui a déjà rendu des services si remarquables dans de nombreux cas d'éclampsie uroémique puerpérale. Seulement le chloroforme pourrait-il toujours être employé sans danger dans les cas où la respiration est rendue difficile par les mucosités abondantes accumulées dans la trachée et les grosses bronches ?

En résumé, nous croyons que, dans l'observation que nous venons de rapporter, les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine ont exercé sur la cessation des convulsions une influence décisive, et comme tel, nous pensons que ce cas, rapproché des faits analogues qui ont déjà été constatés, contribuera à élargir le cadre des affections dans lesquelles ces injections pourront être employées avec chance de succès. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Tétanos traumatique traité par la fève de Calabar. Insuccès. A tous les faits que nous avons publiés pour établir le bilan thérapeutique de la fève de Calabar appliquée au traitement du tétanos, il faut joindre le suivant, observé par M. Bourneville, interne dans le service de M. Giraldès, à l'hôpital des Enfants.

Il s'agit d'un garçon de neuf ans, chez lequel, à la suite d'un traumatisme violent, on fut forcé de pratiquer l'amputation de la cuisse.

Avant même l'amputation, avaient débuté les symptômes précurseurs du tétanos, et ils allèrent promptement en s'aggravant.

On commença le traitement de la manière suivante : Poudre de fève de Calabar, 40 centigrammes en huit pilules (une pilule toutes les heures). Julep avec 5 centigrammes d'extrait de fève (une cuillerée toutes les deux heures).

Les jours suivants, on continua une émulsion avec 1 gramme de fève de Calabar.

Bien que ces doses nous paraissent suffisantes, l'enfant succomba au bout de quatre jours. Mais on sait que, dans le tétanos, souvent l'absorption est suspendue.

Nous avons tenu à enregistrer cette observation qui, à nos yeux, n'est pas concluante, car rien ne prouve que l'absorption se soit produite d'une façon suffisante, et nous regrettons qu'on n'ait pas essayé la méthode hypodermique avec une solution d'ésérine.

Traitement de l'érysipèle par le sulfite de soude. — Des compresses imbibées d'une solution de 50 centigrammes dans 30 grammes d'eau et appliquées sur les surfaces envahies, puis recouvertes d'un morceau de soie huilée pour empêcher l'évaporation, c'est le remède infaillible proposé par le docteur Hewson, Américain, qui prétend ainsi circonscrire le mal dans les vingt-quatre heures et le guérir dans les quarante-huit. Il dit n'avoir éprouvé aucun insuccès dans vingt-sept cas, même des plus graves. Cette infaillibilité nous semble suspecte d'exagération ou résulter d'une observation incomplète; mais la facilité et l'innocuité de l'essai permettent de le tenter. L'action se rapproche trop évidemment de celle des enduits imperméables, de l'occlusion et de la soustraction des parties malades à l'air ambiant pour n'en pas obtenir des effets salutaires. (*Dictionnaire annuel des sciences médicales de Garnier.*)

Propriétés antiseptiques de l'alcool dans la fièvre. Les propriétés de cet agent, comme soutenant et stimulant les forces vitales, sont parfaitement connues.

Il est un troisième effet sur lequel le docteur Robert Barnes insiste avec raison : l'alcool est éminemment *antiseptique*. Ainsi, dans les maladies zymotiques, outre la rapide usure des propriétés vitales du sang, il existe un empoisonnement direct, dû à une double cause. Il y a d'abord le poison spécifique de la fièvre qui va se multipliant; on trouve ensuite la nutrition pervertie et l'excrétion arrêtée. C'est alors que l'usage de ce liquide retarde, par sa vertu antiseptique, les deux procédés d'empoisonnement que l'on vient d'indiquer. En effet, il est rapidement transporté dans le torrent circulatoire ; il se mêle au sang, et reste *quelque temps* sans se décomposer.

Les acides minéraux augmentent la puissance de ses effets. Il est bien démontré que, sous l'influence de l'alcool, les sécrétions s'améliorent dans la

fièvre, et en particulier dans la dothiénenterie et la fièvre puerpérale.

Parmi les acides minéraux dont l'usage interne, combiné avec celui de l'alcool, a réussi dans le traitement du choléra et des maladies zymotiques en général, le docteur Robert Barnes recommande l'acide carbolique, ou phénique. (*The Lancet*, 19 oct. 1867.)

Du moyen de combattre le venin de la cobra-di-capello. Le docteur Peter Hood rapporte le cas suivant : Un palefrenier au service de feu le docteur Spilsbury, médecin en chef de Calcutta, fut mordu par cette espèce de couleuvre. A l'instant, le docteur fit atteler son cheval et lier les mains au blessé qui, attaché derrière la voiture, fut obligé de courir pendant plusieurs milles. En arrivant à la station de Jubulpoor, l'homme était baigné de sueur et harassé de fatigue. Le docteur Spilsbury prescrivit, à des intervalles égaux, des doses répétées d'eau de Luce et la continuation d'un exercice plus modéré. Au bout de quelques heures, le danger était dissipé.

Ce n'est que grâce à un exercice forcé et continu que l'action du cœur et des poumons n'a pas été paralysée par le venin, qui a été éliminé à travers la peau, à l'aide d'une sueur abondante.

Lorsqu'une personne vient d'être mordue, le premier effet du poison affecte les grands centres nerveux, par l'intermédiaire du sang. Le cœur et les muscles de la respiration sont promptement paralysés par l'influence du nerf vague et du grand sympathique. La paralysie musculaire du cœur l'empêche d'envoyer le sang aux poumons ; de là un arrêt rapide de la circulation, non-seulement dans les gros vaisseaux, mais encore dans tous les capillaires, comme le prouve l'œdème qui survient immédiatement, surtout sur la partie mordue. La respiration est lente et laborieuse ; ce qui fait que le sang ne perd pas une suffisante quantité d'acide carbonique. Le cerveau se prend également, l'assoupissement fait place à un coma semblable à celui dont sont atteints les sujets qui ont pris une forte dose d'opium.

L'histoire des symptômes se trouve parfaitement d'accord avec la théorie du docteur Bence Jones, qui croit qu'il s'agit ici d'une maladie mécanique, due à un agent ou à un poison chimique. D'après cela, il est inutile de songer à trouver un spécifique ou un antidote, à cause de l'absorption instantanée du virus.

Le docteur Peter Hood pense que *la vie doit se soutenir* tant qu'on entretient l'action du cœur et des poumons. C'est d'après ce principe que les indigènes font tenir le malade en mouvement, et lui administrent, par surcroît, des coups de verge, de la même manière que l'on traite quelquefois un sujet atteint de narcotisme.

En résumé, il faut, dès le début, forcer le patient à exécuter des mouvements continuels.

Lorsqu'un chien vient d'être mordu par le reptile en question, on l'attache immédiatement derrière une voiture, et l'on continue la course jusqu'à ce que l'animal soit dans l'impossibilité d'avancer, puis on lui administre, toutes les dix ou quinze minutes, de cinq à six gouttes d'eau de Luce dans de l'eau, du lait ou de la soupe ; si l'animal respire librement et qu'il ne présente pas de stupeur, ou cessera la médication.

Il est vrai qu'on ne peut pas toujours conclure de l'animal à l'homme, à cause de l'énorme différence qui les sépare. Pourtant ce traitement doit réussir plutôt chez l'homme que chez le chien, à cause de la facilité que la peau humaine offre pour l'élimination du virus. (*The Lancet.*)

Paralysie de la vessie à la suite de l'accouchement, guérie par l'application interne de l'électricité. Il s'agit, dans ce cas observé par le docteur Taylor, d'une femme de trente-cinq ans, primipare, chez laquelle, en raison de la faiblesse des contractions utérines et de l'étroitesse du bassin, il fallut recourir au forceps pour terminer l'accouchement, ce qui n'eut pas lieu sans difficulté. Aucune lésion des parties molles à la suite, mais ischurie complète; la malade n'éprouvait pas le besoin d'uriner, et il lui était impossible de le faire. M. Taylor dut la sonder deux fois par jour; il eut recours en même temps aux divers moyens usités en pareille circonstance. Mais ne parvenant pas à rendre à la vessie la faculté de se contracter, il pensa que l'électricité pourrait amener ce résultat. Il se servit, dans ce but, d'un des instruments construits par le docteur Mackensie pour l'électrisation du larynx, qui lui parut très-approprié à l'usage qu'il en voulait faire. Il l'introduisit jusque dans la vessie

après l'avoir adapté à une machine électro-magnétique, et y fit passer un courant pendant cinq minutes, complétant le circuit en promenant l'autre excitateur sur l'hypogastre et la région sacrée. Après deux applications (la vessie ayant été préalablement vidée), il se manifeste une légère amélioration. La troisième application fut faite sans cathétérisme préalable, et, sous l'influence du courant électrique, la vessie se contracta et la miction eut lieu. A la suite d'une dernière séance, le lendemain, dans l'état de vacuité de l'organe, la paralysie vésicale disparut d'une manière définitive. (*Lancet*, 7 mars 1868.)

Tremblement mercuriel ; bons effets de l'administration du phosphore. Nous empruntons le fait très-intéressant qui suit à une excellente leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu par M. Noël Guéneau de Mussy. On y verra les heureux résultats obtenus dans une affection rebelle au moyen de la médication phosphorée, médication qui, jusqu'à ce jour, avait présenté de sérieuses difficultés, mais qui paraît pouvoir être maintenant employée plus facilement, grâce à l'introduction dans la thérapeutique d'une préparation plus maniable. On voit que nous voulons parler du phosphure de zinc, sur lequel nous avons dernièrement publié un très-bon travail de M. Vigier (1).

Le sujet de l'observation est un homme de trente-sept ans. Quand il entra dans le service de M. Guéneau de Mussy, il était affecté d'un tremblement général. Presque tout l'appareil locomoteur était agité par des oscillations régulières et spasmodiques, qui semblaient dues à des alternatives de contraction et de relâchement des muscles. Ce tremblement, plus prononcé dans les membres supérieurs que dans les inférieurs, et dans le côté gauche que dans le droit, augmentait quand le malade essayait d'exécuter quelques mouvements, surtout des mouvements toniques, et ces mouvements devenaient d'autant plus désordonnés qu'ils exigeaient plus de précision et plus d'efforts de la volonté. Marche difficile, hésitante ; impossibilité de manger seul, de s'habiller et, à plus forte raison, d'écrire ; impossibilité également de prononcer les mots avec netteté. Pas de modification appréciable de la sensibilité tactile. La nutrition avait profondément souffert : maigreur, teinte cachectique du visage, qui était sillonné de rides et avait l'aspect sénile. De plus, odeur fétide de la bouche ; gencives fougueuses, recouvertes d'un exsudat pultacé ; ulcérations allongées, blafardes, des deux côtés de la langue, près de la pointe ; appétit nul, digestions pénibles, soif vive ; facultés génésiques complétement abolies.

Depuis deux ans, cet homme travaillait à l'étamage des glaces. D'abord il avait supporté, sans en souffrir notablement, l'action des vapeurs mercurielles ; sa bouche seule avait été affectée à plusieurs reprises, lorsqu'au mois de novembre dernier, il s'aperçut que ses membres supérieurs commençaient à trembler ; à partir du 20 du même mois, à la suite d'une altercation, et sans doute sous l'influence de l'émotion qu'il en ressentit, ce tremblement acquit des proportions considérables.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic était facile, et du diagnostic découlait le traitement. Il fallait chercher à favoriser l'élimination de l'agent toxique, à relever l'énergie de la fonction nutritive, à guérir l'affection buccale qui, en rendant la mastication douloureuse, imparfaite, s'opposait à l'accomplissement régulier de ce premier acte du travail digestif qui a une si grande influence sur les autres ; enfin, il fallait surtout s'efforcer de restaurer l'action nerveuse.

Les trois premières de ces indications furent remplies au moyen des bains sulfureux, des amers et du quinquina, du chlorate de potasse en gargarisme, en collutoires, etc., puis enfin de la teinture d'iode qui, appliquée topiquement sur les ulcérations de la langue, en compléta la guérison.

Restait la dernière indication, celle de restaurer l'action nerveuse. A mesure que la santé générale s'était améliorée, le tremblement avait diminué, mais il restait encore très-prononcé ; le sens génital ne s'était pas réveillé. Cet état demeurait stationnaire, et le malade, incapable de se livrer à aucun travail, était tombé dans le découragement et essaya d'attenter à ses jours. Ce fut alors que, convaincu que l'affaiblissement de l'innervation dominait l'état morbide, M. Guéneau de Mussy eut l'idée de recourir au phosphore, qui dès longtemps a été préconisé dans les affections paralytiques et

(1) Voir, dans les premiers numéros de cette année, le travail du docteur Beaumetz.

dans toutes les maladies avec débilitation profonde du système nerveux, et qui est devenu, grâce aux travaux modernes, ainsi que nous le disions ci-dessus, d'une administration plus facile. En conséquence, il prescrivit le phosphure de zinc, à la dose de 8 milligrammes, ce qui, d'après M. Vigier, équivaudrait à l'action de 1 milligramme de phosphore, et il la porta progressivement, mais rapidement, au double. L'administration des premières pilules fut suivie de diarrhée, tellement qu'après en avoir donné cinq du 8 au 10 février, il fallut les suspendre. Au bout de quelques jours, elles furent reprises en leur associant des pilules de 1 centigramme d'extrait thébaïque pour en favoriser la tolérance. Dès le second jour, le malade avait une érection ; trois jours après, il tremblait très-peu, marchait beaucoup mieux et pouvait se servir de ses mains au point de se rendre utile dans le service de la salle. L'appétit augmenta, le moral se releva, et la gaîté et la confiance reparurent; en même temps, travail nutritif régulier, se manifestant par le retour rapide de l'embonpoint et de la couleur normale des téguments

Conformément à l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz qui, ayant cru remarquer que le phosphore s'accumule dans l'économie, a conseillé d'en interrompre de temps en temps l'usage, M. Guéneau de Mussy a suspendu les pilules au bout de sept jours pour les reprendre ensuite. Le malade va bien, il reste à peine un léger tremblement lorsqu'il étend les mains en écartant les doigts; sa parole est nette, son écriture excellente, et il parle de quitter l'hôpital. Mais il sera, avant d'obtenir sa sortie, soumis à l'usage du phosphore pendant un troisième septénaire.

Cette guérison si rapide peut paraître surprenante; mais elle étonnera moins, quand on réfléchira que, si le phosphore peut, à dose toxique, produire en quelques heures un trouble tellement profond de la nutrition que la trame des tissus en est altérée et que les muscles en subissent la dégénérescence graisseuse, la modification thérapeutique qu'il imprime au travail nutritif peut bien aussi s'accomplir avec une égale rapidité. (*Gaz. des Hôp.*, 1868, nos 48 et 50.)

Anévrysme diffus consécutif à la rupture spontanée d'une artère athéromateuse; bons effets de la compression digitale. L'observation qui suit, recueillie et publiée par M. G. Richelot, interne des hôpitaux, offre un cas de plus à enregistrer en faveur de la compression digitale; elle montre que ce mode de traitement ne convient pas seulement aux anévrysmes sacciformes, mais qu'il a pu amener, d'une manière qui paraissait devoir être durable, la guérison d'une rupture artérielle spontanée, sans poche anévrysmale.

Homme de soixante-huit ans, forgeron, entré à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gosselin, le 10 février dernier, avec une tuméfaction et un empâtement considérables de la région poplitée et de la cuisse gauche, survenus trois jours auparavant. Depuis trois semaines, le malade a éprouvé des douleurs dans la cuisse et la jambe, et il lui était très-difficile soit de fléchir, soit d'étendre complétement le membre.

Le 11 février, l'examen fait reconnaître les phénomènes suivants : membre dans la demi-flexion ; tuméfaction et induration notables de la région poplitée, lesquelles se prolongent dans les deux tiers de la cuisse; peau un peu plus chaude que dans l'autre membre ; teinte ecchymotique; mouvements imprimés difficiles et douloureux. Pas de battements appréciables à l'inspection simple; mais le doigt placé sur la tumeur est soulevé par des battements très-légers, qui cessent soit par la compression de l'artère fémorale, soit par la compression de la tumeur elle-même, pour reparaître ensuite. A l'auscultation, bruit de souffle intermittent, léger ; mais très-distinct, isochrone avec la diastole artérielle, et qu'interrompt aussi la compression. Les pulsations sont conservées dans la tibiale postérieure; la radiale et la fémorale présentent des indurations athéromateuses. Dans la poitrine, râles sous-crépitants, respiration rude et soufflante. Etat général peu satisfaisant, adynamie prononcée. Du 11 au 14 février, cataplasmes froids.

Le 14, on commence la compression digitale, à neuf heures du matin, et, sans autres intermittences que celles nécessitées par le changement des aides toutes les dix minutes, on la continue jusqu'à quatre heures du soir. A ce moment, plus de battements

ni de souffle dans le creux poplité, mais toujours battements, d'ailleurs plus faibles, de la tibiale postérieure. Ecchymose plus étendue. — Le 15, pas de battements, mais réapparition du souffle, moins fort dans le creux poplité. La compression est reprise à onze heures et continuée jusqu'à neuf heures du soir, sans autre changement dans l'état du malade que plus de faiblesse des battements de la tibiale postérieure. — Le 16, au matin, plus de souffle ni de battements; pulsation de la tibiale presque insensibles; ecchymose notablement diminuée. — Le 17, même état de la tumeur; fourmillements et engourdissement dans la jambe et le pied. — Le 18, la tumeur paraît plus fluctuante, ce qui fait craindre la suppuration; cependant ni chaleur, ni rougeur, ni douleur; ecchymose disparue. — Les jours suivants, l'état local reste le même; mais l'adynamie se prononce de plus en plus, la diarrhée survient, et la mort arrive, sans cause apparente, le 10 mars.

A l'autopsie, on trouva l'action manifestement athéromateuse sur toute son étendue, et présentant, au niveau de la partie supérieure de la région poplitée, une tumeur consistante, de la grosseur d'une cerise, qui semblait être une poche anévrysmale; mais qui, examinée au microscope par MM. Ranvier et Curnil, n'offrit dans son tissu aucun des éléments des parois artérielles; c'était simplement un caillot fibreux. L'artère incisée était oblitérée, au niveau de cette prétendue poche, par un caillot fibrineux, long de 5 centimètres, et présentait au même point un orifice relativement large, arrondi et lisse, au travers duquel ce caillot se continuait avec celui situé hors du vaisseau. — L'autopsie ayant été achevée, on trouva des granulations tuberculeuses infiltrées dans toute l'étendue des deux poumons, et çà et là seulement quelques points caséeux; une seule petite caverne au sommet droit; beaucoup de sérosité dans les ventricules cérébraux.

Ainsi, chez ce malade, un anévrysme diffus a été produit par la rupture spontanée de l'artère poplitée devenue athéromateuse; la compression digitale a amené l'oblitération de l'artère par la formation d'un caillot adhérent au pourtour de la déchirure artérielle, et saillant hors du vaisseau; de plus, elle a déterminé l'établissement très-rapide d'une circulation collatérale suffisante pour entretenir la vitalité du membre; le sang épanché entre les tissus est resté dans un état stationnaire pendant trois semaines environ, sous la forme d'un caillot mou, fibrino-globulaire, jusqu'à la mort du malade, survenue indépendamment de l'anévrysme. (*Union méd.*, 1868, nº 43.)

Hernie ombilicale; rupture spontanée des téguments; excision de l'épiploon; guérison. Femme de trente-deux ans, de bonne santé habituelle, ayant eu huit grossesses à terme, entrée à l'infirmerie royale de Bristol le 6 janvier 1867. Cette femme était atteinte de hernie ombilicale depuis trois ans; la tumeur s'était manifestée à la suite du septième accouchement, et s'était accrue progressivement jusqu'au volume d'une petite orange; elle se réduisait avec facilité, mais jamais d'une manière complète. Dans les derniers temps, elle était devenue plus tendue et la peau s'était considérablement amincie, à ce point que, la veille de l'entrée à l'hôpital, elle se rompit pendant un effort que fit la malade. Le 6 janvier, M. Crosby (Léonard), à sa visite, trouva une portion d'épiploon sortant de la déchirure ombilicale, d'une longueur de cinq pouces, irréductible, indurée, avec une coloration rouge sombre; du reste, peu de douleur dans l'abdomen, rien de sérieux dans l'état général. La malade ayant été chloroformisée, le chirurgien traversa la base de la portion d'épiploon hernié avec une aiguille armée d'un fil double, lia de chaque côté, excisa tout contre les ligatures, puis ayant repoussé la partie d'épiploon restante dans le fond de l'ouverture ombilicale jusqu'au niveau de la ligne blanche, il fixa les fils près de la plaie. Après avoir ensuite avivé les bords de celle-ci, il les réunit par trois points de suture avec des crins de cheval, et termina le pansement au moyen d'une compresse et d'une large bande d'emplâtre adhésif. Thé de bœuf pour régime alimentaire; potion éthérée et opiacée le soir. Les jours suivants, il y eut de la réaction, un certain degré d'inflammation au pourtour de la plaie, quelques douleurs spontanées dans le ventre et de la sensibilité à la pression; un peu de météorisme, mais pas de nausées ni de vomissements. On prescrivit des pilules de calomel et d'opium; on eut soin d'entretenir la liberté du ventre. Dès le sixième jour, tous les symptômes étaient améliorés et l'on pouvait

augmenter le régime. Le septième, les fils tombèrent, et la portion excisée de l'épiploon parut solidement adhérente à l'anneau ombilical. Le dixième, le travail de cicatrisation marchait rapidement. Le 28 janvier, la plaie était complétement fermée, et la malade, munie d'un bandage approprié, pouvait se lever et marcher. Le 4 février elle quittait l'hôpital. (*British med. Journ.*, 11 janvier 1868.)

VARIÉTÉS.

M. Cl. Bernard a été élu membre de l'Académie française en remplacement de M. Flourens. Au premier tour de scrutin, notre éminent confrère a obtenu une majorité de 21 voix sur 32 votants.

Le dernier concours pour deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. J. Meunier et P. Horteloup.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 17 avril, M. Bardy-Delisle, maire de Périgueux, est nommé officier d'Académie.

Cette distinction honorifique est la juste récompense des efforts intelligents et heureux faits par le chef de notre municipalité, pour pousser au développement de l'instruction publique sous toutes ses formes et à tous ses degrés.

Le mois dernier a eu lieu à la Sorbonne, sous la présidence de M. le ministre de l'instruction publique, la distribution des récompenses aux Sociétés savantes des départements. Dans le discours qui a ouvert la séance, le ministre a donné l'assurance qu'un nouvel essur allait être donné à l'enseignement supérieur, que le budget de la science serait augmenté, que des laboratoires de recherches et des laboratoires d'enseignement seraient créés, des missions instituées pour les jeunes savants, enfin que la position des professeurs du haut enseignement serait améliorée. La lecture des rapports sur les mémoires et les travaux envoyés au concours de 1867 a été suivie de la proclamation des noms des lauréats. Voici les noms de ceux de nos confrères qui ont obtenu des médailles pour des travaux relatifs aux sciences médicales et physiologiques ou aux sciences naturelles :

Médaille d'or : M. Martins, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, pour ses travaux relatifs à la physique du globe. — M. Chauveau, de Lyon, pour ses recherches expérimentales sur la vaccine et la variole.

Médailles d'argent : MM. Estor et Saint-Pierre, agrégés de la Faculté de Montpellier, pour leurs travaux de physiologie sur le sang.

Un concours pour les emplois de pharmacien élève à l'Ecole impériale du service de santé militaire de Strasbourg aura lieu au mois de septembre prochain à Paris, à Strasbourg, à Lyon, à Montpellier, à Toulouse et à Bordeaux.

Pour être admis à ce concours, les candidats devront être pourvus du diplôme de bachelier ès sciences et avoir eu moins de vingt et un ans au 1er janvier 1868. Les candidats pourvus des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint seront également admis à prendre part à ce concours.

Les trois années de stage dans une pharmacie civile, exigées par la loi, sont remplacées, pour les élèves militaires, par trois années de service dans les hôpitaux et à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Des bourses, des demi-bourses et des trousseaux peuvent être accordés aux élèves. Les frais d'inscriptions, d'examens, etc., sont payés par le ministre de la guerre. (Voir le *Moniteur* du 1er mai 1868.)

M. le docteur Charcot a commencé ses leçons sur les maladies chroniques du système nerveux et les maladies des vieillards le mardi 12 courant, à neuf heures du matin, à l'hospice de la Salpêtrière. Il les continuera les mardi et samedi de chaque semaine. L'examen des malades aura lieu le jeudi.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la péritonite puerpérale généralisée;

Par le docteur E. Hervieux, médecin de la Maternité.

La péritonite puerpérale généralisée, malgré son extrême gravité, peut guérir. Ce fait est considérable et il suffit qu'il soit hors de doute pour que le praticien ne reste jamais désarmé en présence de cette redoutable maladie. Il importe donc de déterminer la valeur des principales médications qui ont été proposées pour la combattre.

Emissions sanguines. — Parmi les moyens qui ont été dirigés contre la péritonite puerpérale, la saignée du bras est un de ceux qui ont joui de la plus grande faveur. Hippocrate, Aétius, Paul d'Egine, Avicenne, Félix Plater, Guillaumeau, Mauriceau, Delamotte, Puzos, Levret, Delaroche, Amstrong, Robert Thomas, Al. Gordon, W. Hey, Gasc, etc., ont tour à tour préconisé ce mode de traitement.

De nos jours, ce moyen thérapeutique a été complétement abandonné. M. Paul Dubois a donné le premier le signal de la défiance, défiance aussi sage que légitime, puis d'une désertion complète, et il a été suivi dans cette voie par tous les praticiens. Le savant accoucheur avait noté qu'après une saignée de deux ou trois palettes, on voyait bientôt la scène changer, une faiblesse extrême succéder à l'exaltation des forces; le pouls, auparavant dur et développé, devenait mou et dépressible, et enfin se manifestait tout un cortége d'accidents typhoïdes. MM. Voillemier, Alexis Moreau, Tarnier ont remarqué, dans les épidémies dont ils nous ont laissé la description, que la saignée du bras avait toujours mal réussi, qu'elle plongeait les malades dans une prostration complète et aggravait les accidents généraux.

Je déclare, quant à moi, que dans le petit nombre de cas où j ai cru devoir faire usage de la saignée du bras, je n'en ai jamais retiré aucun bénéfice. Il est vrai que je n'y ai eu recours qu'avec une extrême réserve et dans la mesure la plus étroite. Il est vrai que je ne pratiquais pas, comme Al. Gordon, des saignées de 20 à 24 onces (650 à 750 grammes). Il est vrai que je n'avais pas recours, ainsi qu'Ozanam l'a vu faire à l'hospice Sainte-Catherine de Milan, *à huit ou dix saignées des plus généreuses pour apprivoiser le mal.*

La condamnation de la saignée du bras se trouve dans les considérations suivantes :

1° La marche rapide de la maladie ne permet pas à l'organisme de se relever de la faiblesse où le jette une soustraction plus ou moins copieuse de sang.

2° La débilité qui résulte des grandes pertes de sang favorise singulièrement l'infection *totius substantiæ*, par les matières putrides contenues dans l'abdomen.

3° La péritonite épidémique, celle qui provient d'une intoxication contractée dans les maisons d'acconchement, devrait être au moins très-sévèrement exclue du nombre des cas où les émissions sanguines sont applicables.

4° Les pertes de sang considérables, soit spontanées, soit artificielles, m'ont paru prédisposer les femmes en couches au frisson. Or, le frisson est très-souvent le symptôme précurseur des accidents les plus graves.

L'expérience a démontré que, pour la forme sporadique comme pour la forme épidémique, pour la forme inflammatoire comme pour la forme typhoïde de la péritonite puerpérale, les saignées locales devaient être toujours préférées aux saignées générales.

Les saignées locales ont pour avantages incontestables : 1° de ne pas débiliter comme les émissions sanguines générales ; 2° d'amoindrir et souvent de faire disparaître sur-le-champ la sensibilité des organes où siége le processus inflammatoire ; 3° de soustraire le sang presque directement des parties enflammées ; 3° d'opérer à la peau une véritable révulsion.

Tous ces avantages sont communs aux sangsues et aux ventouses. Mais une grande pratique m'a appris à mettre les ventouses bien au-dessus des sangsues dans le traitement de la péritonite puerpérale généralisée.

Les sangsues exposent à plusieurs inconvénients graves : 1° elles donnent lieu, dans quelques cas, à des hémorrhagies abondantes dont le danger est facile à concevoir dans les conditions spéciales où se trouvent les femmes en couches ; 2° leur application exige qu'on expose, pendant un temps indéterminé et toujours très-long, à l'action de l'air extérieur et, par conséquent, de toutes les causes de refroidissement, des parties qu'on a tant d'intérêt à préserver d'une aussi fâcheuse influence ; 3° les piqûres de sangsues sont sujettes à s'enflammer et à s'ulcérer ; elles peuvent servir de point de départ à des érysipèles d'autant plus à redouter qu'ils se manifestent à une période plus avancée de la maladie ; enfin dans cer-

taines épidémies, les petites plaies deviennent gangréneuses et la mortification peut s'étendre à une partie plus ou moins considérable de la surface abdominale antérieure.

Aucun de ces inconvénients ne peut être reproché aux ventouses, même scarifiées, si multipliées qu'on les applique.

La quantité de sang qu'on retire par les ventouses scarifiées n'a jamais besoin d'être considérable pour que l'effet en soit prompt et énergique chez les femmes en couches. Comme il n'y a pas d'hémorrhagies à craindre, on n'extrait jamais que juste la dose voulue de liquide sanguin.

L'application des ventouses scarifiées, surtout quand elle est faite par une main exercée, peut toujours être assez rapide pour n'exposer les malades à aucune espèce de refroidissement. Je n'ai jamais vu, même dans les péritonites les plus graves, les scarifications devenir le siége d'une lésion inquiétante, telle que l'érysipèle, la gangrène ou même une suppuration prolongée.

La cicatrisation des incisions est si prompte, que l'on peut, dès le lendemain, appliquer, s'il y a opportunité, un vésicatoire volant sur la partie ventousée, sans craindre d'y déterminer quelque inflammation malsaine.

On a objecté aux ventouses scarifiées la douleur qu'elles déterminent, les tiraillements exercés sur la peau d'une région où la sensibilité est devenue excessive. Ces reproches étaient fondés peut-être à l'époque où les verres à ventouses étaient d'une dimension exagérée, où l'on raréfiait l'air contenu dans les verres avec certains corps comburants, tels que le papier, le coton, l'étoupe, etc., au lieu de se servir d'une lampe à alcool, où l'on employait le bistouri au lieu du scarificateur. Mais aujourd'hui que l'application des ventouses est aussi simple, aussi rapide et aussi perfectionnée que possible, les objections précédentes n'ont plus de fondement. En tout état de cause, je dis que les ventouses scarifiées sont infiniment moins douloureuses, et j'ajouterai qu'elles effrayent beaucoup moins les malades, que les sangsues.

Admettons que les ventouses scarifiées ne soient pas exemptes de quelques inconvénients, combien ne seraient-ils pas largement balancés, ces inconvénients, par les avantages thérapeutiques importants dont nous sommes journellement redevables à l'application d'un moyen si précieux. Énumérons :

1° Les ventouses scarifiées, au nombre de huit, dix, douze, quinze, suivant les cas, atténuent toujours, quand elles n'abolissent pas complétement, les douleurs aiguës, parfois intolérables, qui

parcourent les diverses régions de l'enceinte abdominale dans la péritonite généralisée.

2° En supprimant ou en apaisant la douleur, elles amènent une détente dans l'état général, laquelle se traduit par un amoindrissement notable dans la tension des parois du ventre, l'amélioration du pouls, l'abaissement de la température cutanée, le retour de la physionomie à son expression naturelle, le repos succédant à l'agitation et à l'insomnie, etc.

3° Les ventouses scarifiées, appliquées de bonne heure dans le traitement de la péritonite généralisée, arrêtent parfois la marche de la maladie, mais le plus ordinairement elles ne produisent qu'une atténuation des accidents, laquelle devra être complétée, soit par de nouvelles applications de même nature, soit par l'emploi d'autres agents thérapeutiques.

Les ventouses scarifiées constituent l'une des bases les plus importantes du traitement que j'ai l'habitude d'opposer à la péritonite généralisée. J'ai expérimenté bien des médications diverses et je déclare ici que je n'en ai rencontré aucune qui m'ait procuré des résultats aussi constants. Je ne sache pas une malade qui, interrogée le lendemain ou le jour même de l'application, n'ait reconnu le soulagement qu'elle en avait éprouvé. Plus cette application a lieu à une époque rapprochée du début, plus l'amendement est manifeste ; ce qui n'implique pas qu'on ne puisse y recourir plusieurs fois ; mais l'effet des ventouses étant d'abolir ou de calmer la douleur, c'est contre chaque poussée douloureuse que je dirige cette médication. Plus tard, quand la tympanite est considérable et le ventre indolent à la pression, il n'y a aucun bénéfice à espérer de l'application des ventouses.

J'ai souvent employé comparativement les ventouses sèches et les ventouses scarifiées ; mais ces dernières l'emportent sur les premières de toute la distance qui sépare un moyen accessoire d'un moyen actif et de première valeur.

Émétiques. — Lorsqu'on a pratiqué nombre de fois l'autopsie des femmes atteintes de péritonite puerpérale, lorsqu'on a vu les énormes quantités de bile qui peuvent s'amonceler dans l'estomac et les intestins de ces sujets, on comprend les succès qu'a pu obtenir la médication vomitive entre les mains de Doulcet, et la faveur immense dont elle a joui à la fin du siècle dernier.

Déjà, bien avant lui, Willis, White, Hulme, Leake, Stoll, Finke, avaient conseillé l'usage des émétiques. Mais c'est sutout à Doulcet que revient l'honneur d'avoir placé l'ipéca au premier

rang parmi les remèdes qui doivent servir au traitement de la péritonite puerpérale généralisée.

Bien que méconnue par Broussais, cette médication est restée dans la pratique. Doublet, Hufeland, Osiander, Cliet de Lyon, Désormeaux, sans partager l'enthousiasme de Doulcet, ont reconnu et proclamé les bons effets de l'ipéca. On sait que Beau avait établi, en principe, qu'il fallait administrer un éméto-cathartique à toutes les femmes dans les premières heures qui suivent l'accouchement.

Quelle est la valeur des émétiques et en particulier de l'ipéca dans le traitement de la péritonite puerpérale ?

Administré dès le début, alors qu'il n'existe encore que des symptômes d'embarras gastrique : anorexie, langue sale, bouche amère, l'ipéca peut couper court à tout accident en provoquant des vomissements bilieux, des selles copieuses et une diaphorèse abondante. Il n'a pas toujours, il est vrai, la puissance d'enrayer complétement les progrès du mal, mais il a l'avantage de nettoyer la place, pour ainsi dire, de nous débarrasser de l'élément bilieux, ce qui nous laisse toute notre liberté d'action pour combattre la douleur et les accidents péritonéaux proprement dits.

On a reproché à l'ipéca de provoquer une diarrhée qu'on a souvent beaucoup de peine à arrêter. Il est très-vrai que l'on voit tous les jours des selles diarrhéiques se continuer bien au delà des limites dans lesquelles se renferme d'ordinaire l'action de l'ipéca, mais est-il juste de s'en preudre à l'ipéca de la continuation de cette diarrhée ? Ne savons-nous pas que, dans la péritonite puerpérale, la diarrhée se produit aussi bien à la suite d'un simple lavement ou de l'administration de 15 grammes d'huile de ricin, qu'elle n'attend qu'un prétexte pour se manifester, et que, quand bien même vous ne lui en fourniriez aucun, elle se déclarerait encore spontanément ?

D'ailleurs, du moment où l'estomac et les intestins sont surchargés du produit de la sécrétion biliaire, ne faut-il pas les en délivrer ? ne savons-nous pas que ces évacuations amènent fréquemment un soulagement réel et, dans quelques cas, une solution heureuse de la maladie ?

J'emploie donc presque toujours l'ipéca au début, à la dose de 1^{gr},50, mais je ne le répète jamais dans le cours de la maladie ; car il serait alors plus nuisible qu'utile, en aggravant les vomissements et la diarrhée.

L'ipéca me paraît bien préférable, en tant qu'émétique, au tartre

stibié, qui fatigue beaucoup les malades et ajoute à la prostration dont elles sont atteintes.

Purgatifs. — Du moment qu'il est acquis à la pratique que les vomitifs sont d'une incontestable utilité dans le traitement de la péritonite puerpérale généralisée, il semblerait que toute médication évacuante en général et les purgatifs en particulier dussent donner d'excellents résultats. L'expérience en a décidé autrement.

Je considère les purgatifs comme des auxiliaires qui peuvent remplir avantageusement certaines indications, mais qui ne sauraient être érigés en méthode principale de traitement. Cette opinion était celle de White, Puzos, Hulme, Denmann, Chaussier, Gordon, Hey; mais elle a été soutenue principalement par Legouais dans sa dissertation inaugurale et par Baudelocque dans son Traité de la péritonite.

Ce que j'ai observé concernant l'action des purgatifs peut se résumer dans les propositions suivantes :

Les purgatifs réussissent à merveille dans la péritonite puerpérale sporadique ou dans la péritonite épidémique bénigne, lorsqu'il y a constipation.

Les purgatifs n'arrêtent la diarrhée dans la péritonite puerpérale qu'autant que cette diarrhée est légère et les accidents généraux peu intenses.

Les purgatifs sont contre-indiqués quand la diarrhée est abondante et l'état général grave, attendu qu'ils ont pour effet habituel d'exaspérer la diarrhée au lieu de l'arrêter, parfois même de rendre les selles involontaires et, dans tous les cas, d'ajouter à la prostration des forces.

Révulsifs. — Les vésicatoires peuvent être considérés comme l'agent le plus énergique de la médication révulsive ; c'est de leur action que je m'occuperai spécialement.

L'emploi des vésicatoires dans la péritonite puerpérale a été très-vivement combattu par Baglivi, John Clarke, Manningham, Baudelocque. On accusait alors ce moyen thérapeutique d'exaspérer l'inflammation péritonéale, de provoquer le délire, d'aggraver tous les symptômes généraux. De tels reproches ne sont rien moins que fondés, et ils sont réduits à néant par les résultats les plus positifs de mon expérience personnelle.

Lorsque je remplaçai M. Delpech dans la direction du service médical de la Maternité, j'y trouvai les vésicatoires largement employés dans le traitement de la péritonite puerpérale. Je m'effrayai d'abord de l'énergie du moyen et des douleurs qu'il devait ajouter

aux douleurs aiguës dont le ventre était le siége. Mais je ne tardai pas à reconnaître que le vésicatoire avait pour effet constant et indiscutable : 1° d'amoindrir ou même de faire cesser complétement la douleur ; 2° d'enrayer la marche des accidents dans les cas légers ; 3° de prolonger la situation dans les cas graves de manière à mettre du côté de l'organisme quelques chances favorables de plus dans la lutte inégale qu'il soutient contre la maladie.

Ces avantages sont achetés au prix de quelques inconvénients qu'il importe de rappeler :

1° Les malades répugnent souvent à l'application des vésicatoires par la crainte des douleurs qu'ils occasionnent ;

2° Les vésicatoires donnent fréquemment lieu à des cystites cantharidiennes qu'il importe d'éviter chez les femmes en couches que la parturition prédispose à la rétention d'urine et à l'inflammation de la vessie ;

3° La surface des vésicatoires se couvre parfois d'une matière pulpeuse grisâtre (gangrène moléculaire ou pourriture d'hôpital improprement appelée *diphthérie*), au-dessous de laquelle se forment très-rapidement de vastes ulcérations.

Mais je ferai observer, comme correctif de ces inconvénients : 1° que les malades n'opposent jamais une résistance sérieuse à l'application des vésicatoires ; 2° qu'en saupoudrant de camphre l'emplâtre vésicant, on atténue considérablement, si l'on ne prévient pas tout à fait, les effets de l'absorption cantharidienne ; 3° que, quand les vésicatoires sont frappés de diphthérie ou de pourriture d'hôpital, l'état des malades peut être considéré comme étant déjà, indépendamment de cette circonstance, au-dessus des ressources de l'art.

D'ailleurs, quel est l'agent thérapeutique qui n'a pas sa part d'inconvénients, et puis, quand on possède, contre une affection aussi redoutée que la péritonite puerpérale, un remède de premier ordre comme les vésicatoires, peut-on renoncer à leur emploi par des considérations aussi minces que celles qui viennent d'être énoncées ?

Mercuriaux. — C'est en Angleterre que paraît avoir été faite la première application des mercuriaux au traitement de la péritonite puerpérale. Dans le cours d'une épidémie qui régna en 1811 dans le comté de Sommerset, Bradley prescrivit le calomel à haute dose comme purgatif. En 1812, Chaussier avait recours à la pommade mercurielle en frictions sur le ventre pour combattre la péritonite des femmes en couches. La même pratique était suivie, en 1818,

par Laënnec et Lerminier. Mais c'est à Vandenzande, professeur au grand hôpital civil d'Anvers, qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir érigé les mercuriaux en méthode principale de traitement.

Plus tard, 1829, Velpeau publiait dans les *Archives* un mémoire sur l'emploi du mercure dans le traitement de la péritonite, mémoire où il citait quatorze femmes, sur dix-neuf, rendues par ce moyen à la santé. Il prescrivait 8 à 12 grammes d'onguent napolitain en frictions sur le ventre toutes les deux heures, et à l'intérieur 1 décigramme de calomel aux mêmes intervalles jusqu'à production de la salivation.

Les malades du docteur Tonnelé ont été soumises à ce traitement avec des résultats variables.

Un auteur anglais, Gooch (*An account of the most important diseases of women*, p. 102, in-8°, London, 1831), a suivi les mêmes errements; il donnait le calomel à la dose de 1 décigramme toutes les heures, en l'associant à l'opium et à l'ipéca. Enfin M. Guérard, à l'Hôtel-Dieu, et M. Depaul, à la Clinique, ont retiré des avantages très-marqués de l'emploi des frictions mercurielles.

Le but que l'on se propose en administrant les mercuriaux dans le traitement de la péritonite des femmes en couches est de produire la salivation. Or il s'agit de savoir quel est de ces deux moyens, le calomel à l'intérieur ou l'onguent napolitain à l'extérieur, celui qui conduit le plus vite et le plus sûrement à ce résultat. A cet égard, l'expérience, et une expérience que j'ai répétée bien des fois, a formellement prononcé. Ce sont les frictions mercurielles qui constituent, du moins chez les femmes en couches, le plus puissant excitateur des glandes salivaires.

Le calomel administré seul n'a guère qu'un effet laxatif. Aussi l'ai-je complétement abandonné. Je n'ai retenu de la médication mercurielle que l'onguent napolitain en onctions sur l'abdomen, et voici dans quelles circonstances je le prescris :

Lorsque j'ai fait cesser les premiers symptômes d'embarras gastrique par un ipéca, lorsque j'ai combattu les douleurs abdominales, d'abord par les ventouses scarifiées répétées autant de fois qu'il y a lieu, puis par les vésicatoires volants renouvelés eux-mêmes jusqu'à extinction totale de la sensibilité du ventre, s'il reste du météorisme, ou si je constate de l'engorgement dans quelque point de la zone hypogastrique, j'ai recours aux frictions mercurielles et je les continue avec persévérance jusqu'à salivation. Arrivé à ce point, je les suspends, et je ferai remarquer que, quand on obtient la salivation,

il se produit en même temps un amendement notable dans les symptômes généraux et locaux.

Nous avons suivi, M. Chantreuil et moi, des malades chez lesquelles nous avons dû recourir plusieurs fois à l'usage des onctions mercurielles, et, chose digne de remarque, chaque fois que se produisaient la tuméfaction et la rougeur gingivales, nous voyions reparaître le mieux qui nous avait fui après la cessation momentanée des frictions.

Néanmoins, la confiance que j'accorde aux onctions mercurielles ne saurait être mise en parallèle avec celle que m'inspirent les ventouses et les vésicatoires. Les onctions mercurielles n'ont pas, comme ces derniers agents, le pouvoir de supprimer la douleur, de rendre aux malades le calme et le repos que les premières explosions de la péritonite avaient si profondément troublés, de replacer l'organisme dans des conditions plus favorables à la guérison.

Les frictions mercurielles sont un complément utile de ces importantes médications; elles deviennent un auxiliaire d'autant plus précieux qu'à une période avancée de la maladie on ne peut plus employer les ventouses, dans la crainte de prostrer trop profondément les forces. On ne peut pas davantage recourir aux vésicatoires, de peur que, sous l'influence de l'adynamie, ils ne s'ulcèrent ou ne se gangrènent. Les onctions mercurielles méritent donc d'être conservées pour cette période de la péritonite puerpérale.

Réfrigérants. — Malgré l'autorité des hommes qui les ont recommandés depuis longtemps contre la péritonite puerpérale, les réfrigérants n'ont pu entrer définitivement dans la pratique.

C'est en vain que Schmucker et Cullen ont conseillé les cataplasmes froids ou la glace en applications sur le ventre lorsqu'il existe beaucoup de météorisme; que Sutton, d'après Robert Thomas, aurait obtenu de bons effets de l'application sur l'abdomen de l'eau froide camphrée; que Hufeland donne le conseil d'appliquer des cataplasmes froids quand la tuméfaction abdomidale est considérable; que Van Swieten et Sarcone disent avoir retiré un grand avantage des fomentations froides dans la péritonite des femmes en couches; que Sigault, effrayé de la mortalité qui régnait à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le service des accouchements, a recours, en désespoir de cause, à la projection de douches d'eau froide sur le ventre.

C'est en vain que, le 1er avril 1862, M. Béhier lit à l'Académie de médecine un travail important sur les avantages de l'application

continue du froid humide dans le traitement de la péritonite puerpérale.

Tous ces efforts successivement tentés par des hommes de grande valeur n'ont jamais réussi à faire prévaloir la méthode des réfrigérants dans la thérapeutique de cette redoutable maladie.

J'ai moi-même institué à la Maternité, en 1862, la médication réfrigérante contre la péritonite généralisée, en me conformant aux dispositions conseillées par M. Béhier. Le résultat a été si décourageant, que j'ai dû renoncer entièrement à ce mode de traitement.

Je l'ai appliqué en dehors de l'état puerpéral chez une élève sage-femme atteinte de péritonite, et que M. Danyau a vue en consultation avec moi, et la malade a succombé.

J'ai eu recours en ville, et, par conséquent en dehors de toute influence nosocomiale, aux applications réfrigérantes (compresses d'eau froide et glace sur l'abdomen), chez une jeune dame également atteinte de péritonite, et pour laquelle j'avais fait appeler M. Depaul. Nous avons dû abandonner l'emploi de ce moyen et la mort a eu lieu le sixième jour des couches.

La glace ne m'a réussi qu'une seule fois ; c'était dans un cas de péritonite diaphragmatique. Il est vrai que les réfrigérants avaient été précédés de l'application de quinze ventouses scarifiées sur le côté douloureux.

Malgré le peu d'avantages que j'ai retirés de cette médication, m'est avis qu'elle ne doit pas être condamnée sans appel. Il ne faut pas oublier qu'elle a donné d'excellents résultats entre les mains de M. Béhier.

Voici, pour ceux qui désireraient tenter de nouveaux expériments dans cette voie, le *modus faciendi* adopté par ce professeur :

Une compresse, pliée en plusieurs doubles, largement imprégnée d'eau, est appliquée sur le ventre, et une ou deux larges vessies de caoutchouc, aux deux tiers remplies de fragments de glace et bien fermées, sont placées par-dessus le linge mouillé. — Une alèze rabattue exactement, et épinglée au besoin, maintient l'appareil tout entier en place et permet aux malades d'exécuter dans leur lit tous les mouvements nécessaires.

Toniques et antiseptiques. — Dans le cours d'une épidémie de péritonite puerpérale qui régna à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1750, Pouteau, après avoir eu recours infructueusement aux saignées, fit usage avec succès du camphre à haute dose, 75 centigrammes à $1^{gr},50$ en potion dans les vingt-quatre heures.

Le même remède, mais associé au quinquina, aurait également

réussi à Fauken, dans une épidémie semblable qui sévit à Vienne de 1771 à 1772.

L'année précédente, 1790, Stork aurait, à l'aide du camphre et du quinquina, sauvé plus de quarante femmes atteintes de la même maladie à l'hôpital Saint-Marc, à Vienne.

Lors de l'épidémie puerpérale qui sévit à l'hôpital de Westminster et dans la ville de Londres pendant les années 1769, 1770 et 1771, Leake dit avoir fait principalement usage du quinquina et des toniques.

Dans ses recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale, 1783, Delaroche signale le camphre et le quinquina parmi les remèdes qu'il a dirigés contre la péritonite des femmes en couches.

Frappé surtout des accidents de putridité qu'on observe dans la péritonite puerpérale, White, 1785, recommande principalement les toniques et les antiseptiques.

En 1791, Masdeval, médecin espagnol, conseille aussi l'usage du quinquina dans cette maladie.

Deux ans plus tard, 1793, Alphonse Leroy ayant vu régner épidémiquement à Rouen la péritonite puerpérale, eut occasion de constater les bons effets du quinquina dans tous les cas qu'il fut à même d'observer.

La même année, John Clarke associait, dans le but de combattre la même affection le quinquina, l'opium et la racine de columbo.

Dans son Traité de la péritonite puerpérale, 1830, Baudelocque propose de substituer pour le même objet le sulfate de quinine au quinquina.

Cette médication n'était donc pas nouvelle quand Beau, en 1856, annonça à l'Académie de médecine les résultats favorables qu'il en avait obtenus dans le traitement de la péritonite des femmes en couches.

Il est constant, d'ailleurs, que la même année M. Delpech avait employé, mais sans aucun avantage, le sulfate de quinine à haute dose pendant une épidémie qui régnait à la Maternité.

En septembre et octobre 1856, MM. Delpech et Tarnier recommencèrent leurs expériences sur quatorze malades en administrant le sulfate de quinine à dose toxique suivant le précepte de Beau. La mort eut lieu dans tous les cas.

J'ai fait, moi aussi, très-largement usage du sulfate de quinine dans les premières années de mon séjour à la Maternité, et je dois déclarer que, malgré ma persévérance dans l'emploi de cette médi-

cation, malgré les doses élevées auxquelles je l'ai prescrite, je n'ai jamais obtenu un succès que je fusse autorisé à lui rapporter. Dans les cas graves, impuissance complète.

Il est cependant une catégorie de cas auxquels le sulfate de quinine m'a paru toujours avoir été appliqué avec avantage : ce sont ceux qui, sans être très-graves, s'accompagnent de frissons répétés.

Les hommes qui ont fait une étude spéciale et attentive des maladies puerpérales savent très-bien que certaines péritonites débutent par des frissons nombreux plus ou moins accentués, sans que pour cela la phlegmasie péritonéale s'élève à des proportions très-inquiétantes. Eh bien, c'est contre ces cas que le sulfate de quinine m'a semblé pouvoir être dirigé avec avantage et j'ai eu souvent alors à me louer de son emploi.

J'administre encore le sulfate de quinine dans la péritonite puerpérale quand le thermomètre et l'exploration du pouls font constater vers le soir un redoublement fébrile assez marqué pour donner à la maladie la forme rémittente.

Enfin je prescris les toniques, le quinquina et les amers, dans la convalescence de la péritonite puerpérale : 1° pour relever les forces épuisées par la maladie ou des pertes de sang notables survenues après l'accouchement ; 2° pour combattre les exacerbations vespertines, quand elles survivent à l'extinction de la phlegmasie péritonéale.

Parmi les antiseptiques que j'ai expérimentés nombre de fois et avec un insuccès persistant, je dois signaler l'acide phénique et même le camphre, malgré la valeur que quelques médecins recommandables ont attribuée à ce dernier médicament.

Opiacés. — Si je réserve une place à part aux opiacés, ce n'est pas qu'ils puissent servir de base au traitement de la péritonite puerpérale, mais ils peuvent remplir quelques indications importantes, et d'autre part j'ai à cœur de signaler les inconvénients auxquels ils exposent.

Les opiacés peuvent être administrés à l'intérieur, soit en potions, soit en pilules, dans le but de combattre l'agitation et l'insomnie, d'apaiser les douleurs ou d'arrêter les vomissements et la diarrhée.

Quand le médicament est toléré, ce triple but est assez facilement atteint, parce que alors on peut élever progressivement les doses et entretenir ainsi les malades dans un narcotisme prolongé. En pareil cas, ces pauvres femmes, heureuses de retrouver un peu de repos et d'obtenir une trêve à leurs souffrances, réclament avec in-

stance la pilule ou la potion qui leur a procuré cet engourdissement bienfaisant.

Malheureusement la tolérance à l'endroit des opiacés ne s'établit pas toujours, et chez nombre de sujets des nausées et des vomissements surviennent, évidemment provoqués par l'ingestion du remède. Le seul moyen d'obvier à ce grave inconvénient, c'est de prescrire l'opium à doses très-fractionnées. Quand j'ai des motifs pour redouter l'effet nauséeux, je fais diviser en six pilules les 10 centigrammes d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures, chaque pilule devant être donnée à deux ou trois heures d'intervalle. Toutefois, il ne faut pas ignorer que cette précaution échoue très-souvent, le tube digestif ne conservant parfois, chez nos malades, rien de ce qu'on y introduit par la bouche.

Les opiacés peuvent encore être employés en lavement, et personne n'ignore, par exemple, que les quarts de lavement amidonnés et laudanisés constituent le remède le plus énergique que nous possédions pour arrêter la diarrhée. Mais leur efficacité même est un danger, puisque la suppression de la diarrhée dans un grand nombre de péritonites puerpérales devient le signal de l'explosion des vomissements.

J'ai donc renoncé chez la plupart de mes malades à l'usage des lavements laudanisés, malgré la puissance topique de ce remède. Je dis la plupart, parce que je réserve les cas où la diarrhée, après avoir été purement bilieuse, devient séreuse et presque cholériforme et menace, par son extrême intensité, de ruiner entièrement les forces. J'excepte encore certaines conditions assez favorables de l'épidémie, conditions dans lesquelles la diarrhée non-seulement n'a plus le caractère essentiellement bilieux, mais peut être supprimée sans que les vomissements la suppléent fatalement.

Moyens divers. — Je ne mentionnerai que pour mémoire certaines médications auxquelles on a, dans le principe, attribué une grande valeur, mais que le temps et l'expérience n'ont pas consacrées.

Telle est l'essence de térébenthine que le docteur Brenan aurait administrée avec succès, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, dans l'épidémie de péritonite puerpérale qui a régné à Dublin en 1812. Th. Atkinson de Kilam et Kinneir, médecin d'Edimbourg, prétendent avoir employé ce remède avec grand avantage. Mais les expériences de M. Cruveilhier à la Maternité ont démontré l'inanité des espérances que l'huile essentielle de térébenthine avait fait concevoir.

Le sous-carbonate de potasse a compté d'assez nombreux partisans, parmi lesquels nous citerons Van Stichel, Van Derberlen, Allan, Latisse, Guinot. Dire qu'on attribuait au sous-carbonate de potasse le pouvoir de coaguler le lait épanché dans l'abdomen, c'est faire connaître suffisamment sur quelle grosse erreur reposait la prétendue spécificité de cet agent thérapeutique. D'ailleurs, M. Bally, qui a eu plusieurs fois occasion de l'expérimenter, a déclaré qu'au lieu d'effets avantageux le sous-carbonate de potasse ne lui avait paru donner lieu, dans la péritonite puerpérale, qu'à des accidents funestes.

Les sudorifiques conseillés par Delamotte, les bains de vapeur institués par Chaussier pour combattre la péritonite puerpérale, n'ont jamais donné aucun résultat favorable.

L'idée de ce mode de traitement avait été suggérée par les sueurs abondantes et salutaires qui se produisent spontanément dans l'état de couches, surtout chez les femmes qui ne nourrissent pas. Mais autre chose est l'état physiologique et autre chose l'état pathologique. Dans la péritonite, nous savons que les sueurs profuses qui se manifestent, loin d'apporter aucun amendement dans la situation des malades, sont souvent l'indice d'une aggravation considérable des accidents.

L'acide chromique et le bichromate de potasse, employés par M. Delpech à la Maternité, en vue de détruire le ferment morbide auquel il attribuait les accidents de putridité qu'on observe souvent dans la péritonite puerpérale, n'ont pas répondu à l'attente de mon honorable prédécesseur.

Le tannin a été préconisé par mon excellent collègue M. Woillez. Je l'ai mis en usage dans mon service ; mais les observations, au nombre de neuf, que j'ai recueillies et communiquées à la Société des hôpitaux (séance du 11 juin 1862), prouvent surabondamment le peu de fond que nous pouvons faire sur la vertu de ce nouveau remède.

J'en dirai autant du collodion que j'ai expérimenté courageusement sur quatorze malades prises dans des conditions diverses. Nos quatorze accouchées ont péri. J'en ai tiré cette déduction, qui me semble peu aventurée : le collodion ne tue pas, mais il laisse mourir.

Moyens auxiliaires. — Parmi ces moyens, il faut ranger les bains, les topiques émollients, les injections.

a. *Bains tièdes.* — On les a conseillés tour à tour simples, émollients, gélatineux, salés, aromatiques.

A ne considérer que l'action des bains en elle-même, on est très-porté à croire qu'ils doivent constituer un auxiliaire très-utile dans la péritonite. En effet, ils atténuent la fièvre, tempèrent la chaleur cutanée, humectent la langue, assouplissent le ventre, calment l'agitation, et en général opèrent une détente toujours désirable dans les maladies aiguës. Malheureusement cette action est contrariée par un ensemble de circonstances inhérentes à la nature de la maladie et qui rendent le remède éminemment nuisible et dangereux.

Il ne faut pas oublier, en effet, que les femmes en couches atteintes de péritonite ne se meuvent qu'avec la plus grande peine ; que, pareilles à des masses inertes, elles ne se prêtent à aucun déplacement, soit dans un but d'exploration, soit dans un but thérapeutique; que les moindres mouvements du tronc exaltent ou réveillent les douleurs abdominales et que le transport de la malade dans une baignoire sera particulièrement de nature à développer ces douleurs. Ce n'est pas tout. L'attitude assise qu'il faut garder dans le bain détermine un redoublement du mal. Nouvelle exaspération des souffrances quand on remet l'accouchée au lit, quand on l'essuie et quand on la rhabille, sans compter que toutes ces manœuvres exposent encore au danger d'un refroidissement.

Pour un bienfait aussi douteux que celui qui résulterait de l'action d'un bain, il n'est guère permis, nous paraît-il, de courir tant de chances et d'aussi défavorables.

b. *Topiques émollients.* — Les plus usités parmi ces topiques sont les cataplasmes de farine de graine de lin, ceux de fécule de pomme de terre ou de riz. Appliqués sur l'abdomen et arrosés de 2 à 3 grammes de laudanum, ils ont un effet sédatif très-réel dans la période où les douleurs atteignent leur maximum d'acuïté. Plus tard, lorsqu'on a réussi à se rendre maître des premiers accidents et que la péritonite revêt la forme subaiguë, les cataplasmes, outre leur effet émollient, ont encore l'avantage de favoriser l'action des pommades résolutives, mercurielles, belladonées, iodurées ou autres, auxquelles on a recours dans le but d'activer la disparition de la phlegmasie locale.

Il est assez rare, même dans la période aiguë, qu'on soit obligé de renoncer aux cataplasmes en raison de leur poids. Ou, si l'intolérance à l'endroit de ces topiques existe pendant le premier ou le second jour au plus, elle cesse d'avoir lieu pendant les premières quarante-huit heures, en sorte qu'on peut toujours revenir aux applications émollientes.

Un autre inconvénient possible des cataplasmes dans la périto-

nite puerpérale, c'est la production, dans certains cas, d'éruptions miliaires plus ou moins abondantes et dont le siége de prédilection est la surface antérieure de l'abdomen et la partie supérieure des cuisses. Mais, loin de m'effrayer de ces éruptions, je les solliciterais volontiers, persuadé qu'elles opèrent toujours vers la peau une révulsion favorable. Je ne suspends alors l'emploi des cataplasmes que quand l'exfoliation épidermique qui succède à ces exanthèmes miliaires met à découvert le derme enflammé ou prêt à s'ulcérer.

c. *Injections.* — Recommandées par tous les auteurs, les injections pratiquées dans le vagin sont de la plus grande utilité. Non-seulement elles expurgent cette cavité des produits de sécrétion qui y séjournent et s'y altèrent, mais elles préviennent les effets fâcheux que la viciation de l'air ambiant par des lochies abondantes et fétides serait susceptible d'engendrer.

Un bon moyen d'obvier à ce dernier et grave inconvénient, moyen sur lequel a insisté avec beaucoup de raison mon habile collègue et ami M. Empis, mais qui, du reste, est mis depuis longtemps en pratique à la Maternité, c'est le renouvellement répété plusieurs fois par jour des alèzes souillées par la sécrétion lochiale.

Les injections dans les cas simples peuvent être pratiquées avec une décoction émolliente : racines de guimauve, graines de lin, têtes de pavot, etc.

Mais si les lochies exhalent une odeur nauséabonde, si l'on redoute la putridité à laquelle elles peuvent donner lieu, il faut avoir recours aux liquides désinfectants : eau alcoolisée, phénatée, chlorurée, etc. Le liquide dont je me sers le plus habituellement consiste en une décoction de camomille additionnée de chlorure de chaux liquide, au quinzième, douzième, dixième, suivant les cas.

Les injections dans la cavité utérine, conseillées par Recolin, Baudelocque, Chomel, Paul Dubois, etc., doivent être réservées pour les cas où la péritonite est compliquée d'une endo-métrite suppurée ou putrescente.

C'est avec la charpie ou l'éponge imbibée d'eau chlorurée que je panse les éraillures vulvaires ou les déchirures périnéales consécutives à l'accouchement, quand la plaie se couvre d'eschares.

J'oppose aux vomissements les boissons froides : l'eau de Seltz, la glace, les potions antiémétiques et même le vésicatoire sur l'épigastre. A la diarrhée : l'eau de riz édulcorée avec le sirop de coing, la décoction blanche de Sydenham, l'extrait de ratanhia, soit à l'intérieur, soit en lavement, quelquefois les lavements amidonnés et laudanisés, et, dans certains cas, un purgatif léger.

L'acupuncture, recommandée contre le météorisme par A. Paré, Pierre Low, Garengeot, Sharp, Van Swieten, pourrait être appliquée à la tympanite des femmes en couches, dans les cas où les effets mécaniques de cet accident compromettraient sérieusement la vie. Mais c'est là une ressource extrême à laquelle on ne devrait recourir qu'autant que tout espoir serait perdu.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur l'application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire, avec deux observations ;

Par M. le professeur Broca.

On s'accorde généralement à dire aujourd'hui que le tubercule incisif formé par la présence des deux os intermaxillaires, doit être enlevé, suivant la méthode de Franco, toutes les fois qu'il fait, en avant des os maxillaires et au-dessous du nez, une saillie notable. Ce n'est qu'à regret que les chirurgiens se sont décidés à faire ce sacrifice, et à produire sur l'arcade dentaire une mutilation irréparable. Mais, d'une part, la saillie de l'os incisif s'oppose absolument à la présence des parties molles. Il faut donc faire disparaître cet obstacle ; et, d'une autre part, les procédés suivis pour refouler le tubercule osseux en arrière n'ont donné jusqu'ici que des résultats défectueux. Ces procédés sont au nombre de trois : la compression graduelle, la fracture de la cloison des fosses nasales, et l'excision en V de cette cloison.

La compression, employée par Desault, n'est applicable qu'aux cas où la saillie du tubercule osseux est très-peu considérable, et elle échoue d'ailleurs presque toujours, parce que la cloison des fosses nasales, beaucoup plus épaisse et beaucoup plus solide qu'à l'état normal, oppose ordinairement aux moyens de compression une résistance presque invincible. Enfin il est douteux que le tubercule, une fois refoulé, puisse se consolider, entre les os maxillaires, à un degré suffisant pour servir à la mastication.

Bichat nous dit bien, en parlant de la petite opérée de Desault, que les aliments ne revenaient plus par les narines et que le vice de prononciation était corrigé, mais il ne parle pas de l'état de la mastication, de sorte qu'il est permis de mettre en doute la solidité de l'os intermaxillaire.

La fracture de la cloison des fosses nasales, opérée une fois de vive force par Gensoul, a permis à ce chirurgien de réduire le tubercule osseux et de réunir les chairs avec succès. Mais le sujet était âgé de treize ans ; or, il est bien rare que les becs-de-lièvre doubles et compliqués d'une forte saillie de l'os incisif soient opérés aussi tard. L'opération se pratique presque toujours chez de très-jeunes enfants, et, à cet âge, la cloison ne se laisserait pas aisément fracturer, car elle est encore en grande partie cartilagineuse, et elle joint, à une très-grande épaisseur, un certain degré de souplesse. Il ne serait pas impossible, sans doute, de vaincre sa résistance et de la rompre, en employant une force suffisante ; mais on ne peut savoir où s'opérerait la fracture, qui pourrait, à travers la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, se prolonger jusqu'à la base du crâne. Puis, lafracture une fois produite, la réduction ne pourrait se faire qu'à la faveur d'un chevauchement qui doublerait l'épaisseur de la cloison et rétrécirait considérablement les fosses nasales. Ces difficultés ont fait reculer les chirurgiens, et le fait de Gensoul, qualifié par Malgaigne de « tentative hasardeuse », est resté unique jusqu'ici.

Le procédé de Blandin est incomparablement meilleur : il consiste à pratiquer dans la cloison, avec des cisailles, une perte de substance limitée par deux incisions qui, partant l'une et l'autre du bord inférieur du tronc, se réunissent en haut en forme de Λ renversé. Le tubercule osseux médian, devenu mobile, peut alors être aisément refoulé en arrière, et la réduction est obtenue sans produire le chevauchement de la cloison, l'écartement des branches du V ayant été calculé de telle sorte que ces deux branches sont amenées au contact lorsque le tubercule est réduit. On procède alors à l'avivement et à la réunion des parties molles.

Ce procédé a donné lieu à plusieurs objections. En premier lieu, la section de la cloison est presque toujours suivie d'une hémorrhagie difficile à arrêter. Il y a dans cette cloison, qui est très-hypertrophiée, une et quelquefois deux artères qui fournissent du sang en abondance et qui, renfermées dans un canal osseux ou cartilagineux, ne peuvent être liées. M. Guérard, qui a appliqué plusieurs fois le procédé de Blandin, a obvié à cet inconvénient au moyen de la cautérisation actuelle pratiquée avec un cautère en bec d'oiseau. La méthode galvano-caustique permet aujourd'hui de faire très-facilement cette cautérisation. Je me sers, pour cela, du petit cautère pointu et recourbé que M. Meddeldorp a fait construire pour cautériser le canal nasal. Avec cet instrument, on limite la

cautérisation à l'orifice même de l'artère, et la petite eschare tombe assez promptement pour ne pas retarder la cicatrisation de la cloison. La première objection est donc résolue.

Un autre embarras résulte quelquefois du volume trop considérable du tubercule osseux médian, qui peut se trouver trop large pour pénétrer dans l'écartement de l'arcade alvéolaire. Mais on peut toujours y remédier en excisant une partie du tubercule.

Mais il reste une troisième objection qui, jusqu'ici, a paru décisive. Le tubercule osseux n'est fixé que par la cloison, qui se consolide sans doute en se cicatrisant, et qui probablement même se réunit, au moins en partie, par un cal osseux, mais qui ne donne qu'un point d'appui insuffisant au tubercule incisif suspendu au-dessous d'elle. Ce tubercule, dont les bords sont libres d'adhérences, reste toujours plus ou moins mobile entre les deux maxillaires ; les dents qui s'y implantent ne peuvent servir à la mastication, et le bénéfice du procédé de Blandin devient, par conséquent, illusoire. C'est ce qui résulte de toutes les enquêtes qui ont été faites sur les suites de cette opération ; la question a été agitée plusieurs fois dans les discussions de la Société de chirurgie, et tous ceux de nos collègues qui ont pris la parole se sont accordés à dire qu'il n'existe pas un seul cas où les résultats définitifs du procédé de Blandin aient été satisfaisants.

L'avivement des bords du tubercule et de la fente maxillaire, employé, en 1843, par M. Debrou comme complément du procédé de Blandin, ne suffit même pas à fixer l'os incisif. La cicatrice purement fibreuse, que l'on obtient ainsi, n'a pas la solidité nécessaire pour résister à la pression de la mastication, et le tubercule conserve toujours une certaine mobilité.

Dans le seul cas, à moi connu, où ce procédé ait été appliqué, le résultat immédiat parut d'abord favorable ; le tubercule semblait solide, mais ce n'était qu'une apparence. M. Demarquay, écrivant l'année dernière un article de dictionnaire sur le bec-de-lièvre, a demandé à M. Debrou des nouvelles de son opéré, qui est encore bien vivant.

Le tubercule s'est dévié en arrière, et l'une des incisives qu'il supporte est dirigée vers la langue, qui n'en est cependant pas gênée ; mais il n'est nullement soudé aux os maxillaires, et on peut l'incliner en avant et en arrière (1).

(1) Voir l'observation de M. Debrou dans le *Bulletin de Thérapeutique*, 1844, t. XXVII, p. 441, et l'article Bec-de-lièvre de M. Demarquay, dans le *Nou-*

L'objection tirée de la mobilité du tubercule osseux, qui reste inutile et même gênant après la guérison du bec-de-lièvre proprement dit, est évidemment applicable aux procédés de Desault et de Gensoul aussi bien qu'à celui de Blandin.

Les chirurgiens sont donc revenus aujourd'hui au principe qui avait prévalu depuis Franco jusqu'à Desault, et qui consiste à pratiquer l'excision totale du tubercule incisif. Il est certain qu'en agissant ainsi, on simplifie beaucoup l'opération ; mais les quatre dents incisives sont à jamais perdues ; et de plus, ainsi que Desault l'avait déjà remarqué, la cicatrice labiale, travaillant les chairs de la joue, amène peu à peu le rapprochement des os maxillaires, qui, quelquefois même, arrivent à se toucher sur la ligne médiane. L'arcade dentaire supérieure, devenue beaucoup plus courte que l'inférieure, ne coïncide plus avec elle, ce qui produit à la fin une difformité fâcheuse et une gêne notable de la mastication.

C'est ce qui m'a décidé à faire de nouvelles tentatives pour conserver le tubercule osseux. La seule objection sérieuse tirée de la mobilité et de l'inutilité de ce tubercule ne m'a pas paru sans réplique. J'ai pensé qu'un avivement latéral, portant sur le tissu osseux et suivi d'une suture appliquée sur les os eux-mêmes, avait toutes chances d'amener un travail de consolidation parfaite, une réunion par un col osseux. J'ai mis deux fois cette idée en pratique, et je viens soumettre à la Société les résultats que j'ai obtenus.

Mon premier fait est sans valeur au point de vue de la question de la soudure osseuse, puisque l'enfant n'a pas vécu. Mais il est intéressant en ce sens qu'il nous offre un exemple d'une variété rare de bec-de-lièvre compliqué.

Il y a deux ans environ, pendant que j'étais chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, mon collègue et ami M. Axenfeld, chargé du service des nourrices, me présenta un enfant de treize jours et at-

---

veau Dictionnaire de médecine et de chirurgie, 1866. On lit dans cet article, d'après une note rédigée par M. Debrou : « La soudure osseuse n'a donc pas eu lieu, malgré le soin qui avait été pris dans l'opération de ne pas aviver seulement la muqueuse, mais d'entamer les bords osseux de l'os intermaxillaire. » — Mais on lit dans le *Bulletin de Thérapeutique*, loc. cit. : « Le lendemain, M. Debrou commença par aviver, avec un bistouri, les bords de la partie moyenne de la lésion. Aussitôt après, il détacha, à l'aide d'une pince à crochet et du bistouri, un lambeau de la muqueuse sur chacun des points correspondants du tubercule osseux intermaxillaire et de la partie de l'os maxillaire avec laquelle il devait se trouver en rapport après l'opération. Il ne resta plus qu'à rafraîchir avec les ciseaux les parties latérales de la lèvre, et enfin la réunion par suture. »

teint de bec-de-lièvre double, avec saillie du tubercule incisif, tubercule suspendu au-dessous du nez, faisant, en avant des os maxillaires, une saillie médiane d'environ 1 centimètre seulement ; mais la cloison qui le supportait était assez épaisse et assez résistante pour opposer un obstacle absolu à la réduction. Il n'y avait, d'ailleurs, aucun écartement des os maxillaires, et c'est ce qui constitue la rareté du fait. Le voile du palais était normal, ainsi que la voûte palatine. La complication du bec-de-lièvre était exclusivement limitée aux os intermaxillaires, qui s'étaient soudés sur la ligne médiane et qui, sur les côtés, ne s'étaient pas unis aux os maxillaires.

La fente du squelette n'avait donc pas, comme d'habitude, la forme d'un Y, mais seulement la forme d'un V dont le sommet correspondait au trou palatin antérieur, et dont l'ouverture, correspondant au trou alvéolaire, avait un peu plus d'un centimètre de large. Le tubercule, comme d'habitude, était notablement hypertrophié, et sa largeur était plus grande que celle de la fente de l'arcade alvéolaire.

J'ai l'habitude, lorsque rien ne s'y oppose, d'opérer le plus tôt possible le bec-de-lièvre simple ou compliqué, fût-ce même le jour de la naissance ; mais cet enfant était si chétif, il était dans un tel état de maigreur et de faiblesse, qu'il paraissait n'avoir que quelques jours à vivre. Je jugeai donc inopportun de l'opérer immédiatement. Toutefois, comme la mère semblait très-impatiente de faire faire l'opération, je lui promis de la pratiquer dès que l'enfant irait un peu mieux, et je l'ajournai à quinzaine. M. Axenfeld partagea mon opinion, mais trois jours après, il vint m'annoncer qu'il avait découvert la vraie cause du dépérissement de l'enfant. Des propos tenus par la mère, il résultait qu'elle était bien résolue à ne pas élever ce petit monstre et à le laisser mourir de faim ; mais qu'elle était prête cependant à prendre soin de lui et à lui rendre sa tendresse si la chirurgie pouvait lui rendre une figure humaine. En présence d'une pareille situation, toute hésitation devait disparaître, et quoique l'enfant eût encore notablement dépéri depuis trois jours, je me décidai, pour ainsi dire *in extremis*, à lui procurer, par l'opération, la seule chance de salut qui pût lui rester.

Je pratiquai donc cette opération en présence de M. Axenfeld : j'attaquai d'abord la cloison, suivant le procédé de Blandin ; dès que le segment en V fut enlevé, je cautérisai, avec le cautère aigu de Meddeldorp, la petite artère de la cloison ; puis j'avivai, avec un

fort scalpel, le tissu osseux des deux bords du tubercule incisif et des deux bords de la fente de l'arcade alvéolaire ; enfin, avec un poinçon, je perforai obliquement, de chaque côté, les deux bords correspondants des pièces osseuses, et, poussant un fil d'argent dans chaque trajet, je fis sur les os deux points de suture, l'un à droite, l'autre à gauche. Le tubercule incisif reprit ainsi exactement sa place, et lorsqu'il fut bien fixé, je fis, à l'aide de plusieurs fils d'argent, la réunion des deux moitiés de la lésion, préalablement décollées par la dissection. Le tubercule labial médian fut employé à former la sous-cloison, mais comme il était fort court, je ne pus fixer son sommet dans la partie supérieure de la suture labiale sans exercer un tiraillement assez fort sur la pointe du nez.

L'enfant avait perdu fort peu de sang pendant l'opération : le lendemain, l'état local était excellent ; la difformité était parfaitement corrigée; il n'y avait pas de gonflement. L'état général ne paraissait pas s'être aggravé. La mère, qui semblait fort satisfaite, et qui, dans le fait, avait pris grand soin de son enfant depuis l'opération, déclara qu'elle ne pouvait rester plus longtemps à l'hôpital et fit signer sa sortie, en promettant de venir tous les matins nous montrer notre petit opéré. Elle revint effectivement le lendemain : les parties étaient encore dans le meilleur état, mais l'enfant était toujours aussi faible, et il succomba probablement dans la journée, car la mère ne revint plus à l'hôpital.

Cette terminaison n'était que trop prévue, et si je n'avais pas eu la main forcée, je n'aurais pas pratiqué une opération dans des conditions aussi défavorables ; mais cette première tentative m'avait du moins appris que la suture osseuse était facile à appliquer, qu'elle compliquait peu l'opération, et qu'en fixant le tubercule incisif sur le plan de l'arcade alvéolaire, elle favorisait le rapprochement des parties molles et la formation de la sous-cloison du nez au moyen du tubercule labial médian. Je jugeai donc qu'il n'y avait pas lieu de renoncer à ce procédé, et je me promis de l'appliquer de nouveau à l'occasion.

Je me demandai toutefois s'il était opportun, en pareil cas, de faire en une seule séance une opération qui se compose de deux parties très-distinctes, et évidemment séparables : la réduction et la réunion des os, l'avivement et la réunion des parties molles. Blandin avait l'habitude de pratiquer dans une première séance l'incision triangulaire de la cloison et la réduction du tubercule ; il appliquait ensuite sur la lèvre un bandage compressif, qui maintenait le tubercule dans sa nouvelle position ; et au bout d'une ou plusieurs

semaines, il avivait et réunissait les chairs. Dans le cas de M. Debrou, la cloison fut excisée le premier jour; l'avivement du tubercule et la réunion de la lèvre furent faits le lendemain. Cette séparation des deux tiges de l'opération a l'avantage de ne pas fatiguer l'enfant par une séance trop longue; et lorsque l'intervalle est de plusieurs jours, le petit opéré a le temps de réparer la perte de sang, ordinairement assez considérable, qui suit l'excision du vomer. Mais on peut, comme je l'ai déjà dit, réprimer immédiatement avec le cautère électrique l'hémorrhagie de la cloison. Maintenant, on peut se demander si un jeune enfant sera moins fatigué, moins épuisé, par deux opérations partielles que par une opération plus longue, mais unique. Je pense que, sous ce rapport, l'avantage est du côté de l'opération unique. Ce n'est donc point là ce qui me ferait hésiter. Mais il y a un argument sérieux à invoquer en faveur de la pratique de Blandin. On se propose toujours de former la sous-cloison au moyen du tubercule labial médian. Or, lorsque la saillie de l'intermaxillaire est très-considérable, le tubercule labial est trop court pour pouvoir être amené, sans beaucoup de tiraillements, jusqu'au niveau du bord supérieur de la suture de la lèvre. C'est en vain que, pour le rendre plus élastique, on le disséqua, de bas en haut, dans une étendue de quelques millimètres; lorsque la suture est terminée, on voit que le tubercule labial, devenu horizontal et transformé en sous-cloison, altère fortement, en bas et en arrière, la pointe du nez, que l'élasticité des cartilages nasaux tend, au contraire, à relever. La suture se trouve donc aux prises avec cette élasticité, dont l'action, faible sans doute, mais continue, oppose un obstacle très-grand au succès de la réunion de la sous-cloison. Celle-ci se sépare presque toujours de la lèvre proprement dite, et son sommet forme, au-dessous du nez et au-devant de la lèvre réunie, un petit tubercule disgracieux, qu'il est ensuite nécessaire d'exciser. Il est clair que l'opération en deux temps atténuerait beaucoup l'inconvénient qui résulte de la trop grande brièveté du tubercule labial. Le tubercule osseux, une fois refoulé en arrière et fixé solidement par la suture osseuse, attirerait fortement, en bas et en arrière, le tubercule charnu médian qui s'insère sur lui, et le retour élastique des cartilages du nez, ne pouvant triompher de la résistance des fils métalliques qui traversent les os, amènerait très-probablement, au bout de quelques semaines, l'allongement du tubercule charnu qui doit former la sous-cloison. Cet allongement favoriserait beaucoup le succès de la seconde partie de l'opération.

Telle était la question que je m'étais posée, et que je n'avais pas

encore résolue, lorsqu'un confrère de la province, M. le docteur M..., vint à Paris, au mois d'août 1867, pour me prier d'opérer son fils, âgé de deux mois et demi, et atteint d'un bec-de-lièvre double, compliqué de saillie du tubercule incisif. Je lui fis part de mes hésitations, et il les comprit parfaitement. J'inclinais à faire toute l'opération en une seule séance, tout en reconnaissant qu'une opération en deux temps pouvait offrir quelques avantages. Réflexion faite, il donna la préférence à l'opération en un seul temps, et, dès lors, je n'hésitai plus.

L'enfant était atteint d'une gueule-de-loup aussi complète que possible. Le voile du palais, la voûte palatine, étaient divisés dans toute leur longueur. Le tubercule intermaxillaire faisait, en avant des os maxillaires, une saillie de 15 millimètres, et était suspendu au bout du nez. Sa direction était très-oblique; sa forme était presque globuleuse, et son diamètre transversal, long de 15 millimètres, l'emportait de plusieurs millimètres sur la largeur de la fente de l'arcade alvéolaire. La cloison était très-épaisse et très-solide; le tubercule labial médian, beaucoup moins large et surtout beaucoup moins long que le tubercule osseux, laissait des deux côtés apercevoir la muqueuse. Enfin, les deux bords latéraux de la lèvre étaient très-écartés; et il était clair que, pour les amener au contact sur la ligne médiane, il faudrait recourir à une véritable autoplastie.

L'éruption des dents incisives n'était pas encore commencée.

L'opération fut pratiquée le 28 avril 1867.

Je pratiquai d'abord sur la sous-cloison, aussi en arrière que possible, à l'aide d'une cisaille recourbée sur le plat, l'excision triangulaire de Blandin. Le segment que j'enlevai avait 8 millimètres de base; son sommet s'élevait en haut jusqu'au voisinage du dos du nez. Deux jets de sang, fournis par les artérioles de la cloison, furent réprimés aussitôt avec le cautère pointu de Middeldorpf. Le tubercule osseux, devenu bien mobile, pouvait aisément être refoulé en arrière; mais il ne pouvait pénétrer dans la fente maxillaire, moins large que lui. Je procédai alors à l'avivement des os, à l'aide d'un bistouri à périoste, emportant sur chacun des quatre bords osseux une sorte de copeau, formé par une couche de muqueuse et par une couche d'os. La fente se trouvait ainsi élargie, mais, quoique le tubercule fût en même temps rétréci, il était encore trop large pour pénétrer dans la fente; de sorte que je fus obligé d'en enlever encore une tranche. Cette nouvelle excision osseuse, pratiquée sur le bord gauche du tubercule, mit à nu le folli-

cule de l'incision latérale. Le tubercule ainsi réduit put être introduit dans la fente; il ne s'agissait plus que de l'y assujettir.

A cet effet, je m'armai d'un poinçon en forme d'alène, et je pratiquai sur chacun des quatre bords osseux une perforation oblique, qui commençait, sur la face antérieure, à 3 millimètres du bord, aboutissant, en arrière, à la limite postérieure de l'avivement du tissu osseux. Chaque fois, après avoir retiré le poinçon, je poussais aussitôt à sa place un fil d'argent qui parcourait le trajet à la manière de la soie de sanglier du fil des cordonniers. Lorsque les quatre fils furent placés, je les mariai deux à deux par torsion, et, attirant ainsi l'un par l'autre, j'obtins de chaque côté une anse unique qui traversait à la fois le tubercule et l'os maxillaire adjacent. Je reproduisis alors la réduction du tubercule osseux, et lorsqu'il fut bien en place, je terminai la suture en tordant ensemble les deux anses de chaque fil d'argent. Le petit tourillon de torsion fut aplati et couché sur la face antérieure des maxillaires, afin que son extrémité ne vînt pas blesser la lèvre.

Tel fut le premier temps de l'opération.

Je décrirai moins minutieusement le second temps de l'opération. Je libérai d'abord de bas en haut, dans une étendue de 3 à 4 millimètres, le sommet du tubercule labial, afin de pouvoir relever un peu la pointe du nez, que la réduction du tubercule osseux avait fortement abaissée. Puis je procédai à l'avivement des deux bords labiaux suivant un procédé qui n'est qu'un dérivé du procédé bien connu de M. Mirault (d'Angers). Du côté droit, je poussai l'avivement presque au-dessous du bord libre. Du côté gauche, je n'avivai que la moitié supérieure de la fente labiale, et au-dessous de cet avivement je pratiquai de dedans en dehors une incision à peu près horizontale, mais cependant curviligne, à concavité supérieure, qui se termine à 7 millimètres environ au-dessus de la bouche. Je produisis ainsi, sur la moitié gauche de la lèvre, un petit lambeau courbe, dont le bord inférieur interne devait devenir horizontal pour constituer le bord libre de la nouvelle lèvre, et dont le bord supérieur ou saignant, mince en dedans, épais en dehors, devait venir s'appliquer sur le bord inférieur déjà avivé de la moitié droite de la lèvre. Mais les deux moitiés de la lèvre étant beaucoup trop courtes pour pouvoir être amenées en contact, il fallut donc les détacher des os, ainsi que la partie adjacente des deux joues; et, en même temps, pour pouvoir reformer les narines, je libérai les ailes du nez, en déviant de bas en haut, dans la moitié environ de leur hauteur, les insertions sur le bord antérieur des apophyses mas-

toïdes. Je pus ainsi obtenir, sans trop de tiraillements, la réunion des deux moitiés de la lèvre. Je les fixai avec six points de suture au fil d'argent, dont quatre appliqués sur le corps de la lèvre donnèrent une suture verticale et médiane, tandis que les deux autres furent appliqués sur le sommet et sur la base du lambeau horizontal. Enfin, le sommet du tubercule labial, transformé en sous-cloison, fut fixé sur la partie supérieure de la suture médiane par un septième fil qui traversait à la fois ce tubercule et les deux moitiés de la lèvre ; mais je reconnus alors que la sous-cloison, trop courte, tiraillait fortement la pointe du nez, et il me parut probable que ce dernier point de suture ne tiendrait pas.

Les suites de l'opération furent assez sérieuses pendant les trois premiers jours. L'inflammation locale fut très-modérée, et le gonflement presque nul ; mais l'enfant eut beaucoup de fièvre : le peu de lait qu'on lui donnait était promptement vomi, et pour éviter les efforts des vomissements, je dus tenir le petit opéré à la diète, ce qui naturellement l'affaiblit beaucoup. Au bout de trois jours, on lui rendit son lait ; il le supporta bien ; la fièvre se calma et les forces se relevèrent peu à peu.

Le quatrième jour, je constatai que la sous-cloison s'était coupée sur le fil et s'était séparée de la lèvre. Le fil supérieur, devenu inutile, fut enlevé. Le lambeau horizontal était au contraire parfaitement réuni ; j'enlevai les deux fils qui le fixaient, ne laissant en place que les quatre fils de la suture médiane. Ceux-ci furent enfin retirés le huitième jour ; ils avaient bien tenu, à l'exception du supérieur qui avait coupé les chairs. La lèvre était bien réunie dans toute sa hauteur, excepté tout en haut, où il restait au-dessous et en arrière de la sous-cloison un trou de la largeur d'un pois.

Pour favoriser la réunion de cette ouverture et la soustraire au tiraillement latéral, j'appliquai, à l'aide de bandelettes de sparadrap, le bandage unissant du bec-de-lièvre. L'ouverture se rétrécit rapidement et se remplit de bourgeons charnus.

Le treizième jour elle était presque entièrement cicatrisée, et j'enlevai le bandage unissant.

Restaient les deux points de suture osseuse. Ils n'avaient produit aucun accident, et j'aurais voulu les laisser en place quelque temps encore ; mais les parents de l'enfant avaient hâte de quitter Paris, et le 15 mai, voyant que le tubercule paraissait déjà très-solide, je me décidai à enlever les deux fils d'argent. La guérison était parfaite, si ce n'est que le sommet de la sous-cloison, cicatrisé isolé-

ment, faisait au-dessous et en avant de la cicatrice labiale un petit tubercule arrondi.

La bouche était très-petite. La lèvre inférieure, beaucoup plus longue que la supérieure, faisait en avant une saillie très-considérable; mais on sait que cette difformité, inévitable pendant les premiers temps, s'efface ensuite peu à peu.

Je n'ai plus revu depuis lors mon petit opéré; mais le père m'a donné plusieurs fois de ses nouvelles. J'extrais les passages suivants de ses dernières lettres :

4 janvier 1868... « L'enfant a aujourd'hui près de onze mois. Sa santé est très-bonne; malgré la division palatine, il avale sans la moindre difficulté des panades et des potages au vermicelle. Sa voix n'est que très-légèrement nasonnée quand il dit : *papa* et *maman*. La *réunion osseuse est complète*. Il n'y a pas encore de dents à la mâchoire supérieure. L'orifice buccal se refait tous les jours. Les narines sont encore un peu trop étroites, et la respiration est gênée lorsque la bouche est fermée. »

22 *mars* 1868... « J'ai examiné avec le plus grand soin l'état de la mâchoire supérieure de notre petit opéré. Les faces antérieure et postérieure de cette mâchoire ne sont marquées d'aucun sillon au niveau des sutures de l'os maxillaire avec les deux os sous-maxillaires. Seul, le bord libre offre deux petites dépressions aux points qui correspondent à la réunion. J'ai essayé, à différentes reprises, d'imprimer des mouvements antéro-postérieurs à cet os maxillaire. Il m'a été impossible d'éprouver la moindre sensation de déplacement. L'enfant serre très-fort entre les mâchoires les corps les plus durs, aussi bien au niveau du tubercule que partout ailleurs. Il s'agit bien réellement d'une soudure osseuse. Il n'y a pas encore de dents à la mâchoire supérieure. La lèvre supérieure est plus épaisse que l'inférieure. Celle-ci déborde de moins en moins, et si ce n'était le petit tubercule médian qui lui pend au-dessous du nez, l'enfant ne semblerait pas avoir eu cette affreuse difformité que vous avez si bien corrigée. L'enfant marche seul maintenant... »

La petite difformité que signale ici M. le docteur M***, et que j'avais déjà constatée l'année dernière, pourra être aisément corrigée, soit par une opération plastique, dans laquelle le tubercule charnu serait employé à faire une sous-cloison, soit par l'excision pure et simple de toute la partie saillante. L'opération, en tout cas, sera très-simple et très-légère. Il était à peu près inévitable que le tubercule, dont la longueur était très-insuffisante, ne se réunît pas

à la lèvre ; et je me demande maintenant, comme je me le demandais avant l'opération, s'il n'y aurait pas avantage, dans les cas de ce genre, à exécuter séparément, à quelques semaines ou à quelques mois d'intervalle, la réduction des tubercules et la réunion de la lèvre. J'ai lieu de croire, en effet, qu'à la suite de la réduction du tubercule osseux, le tubercule charnu médian s'allongerait d'une manière notable. Je ferai peut-être un jour cette tentative. Mais je reconnais que cette proposition est fort discutable ; et il faut tenir compte, d'ailleurs, de l'impatience des familles, qui ont hâte de voir disparaître le plus tôt possible la difformité extérieure, et qui, probablement, désireraient toujours que l'opération soit faite en une seule séance.

On vient de voir que l'éruption des dents incisives supérieures est grandement en retard chez mon petit opéré. Les incisives médianes auraient dû paraître depuis plusieurs mois ; les latérales même devraient être déjà sorties, car il est rare qu'elles soient aussi incluses dans la mâchoire chez les enfants de cet âge (quinze mois). L'incisive latérale gauche ne paraîtra probablement jamais, puisque son follicule a été mis à nu pendant l'opération ; quoique ce follicule ait été laissé en place, il y a tout lieu de croire que le cal osseux a fait éruption dans l'alvéole, et fait atrophier la bulbe avant que la racine fût formée ; mais j'espère que le développement des incisives permanentes ne sera pas empêché. J'ai eu soin, en effet, de passer des fils d'argent à travers la partie inférieure des os, en m'éloignant le plus possible du bord supérieur de l'arcade alvéolaire, où se forment les follicules des dents permanentes.

Le retard, déjà considérable, qu'a subi l'éruption des incisives supérieures médianes peut être indépendant de l'opération. Ce retard s'observe quelquefois chez les enfants qui ne sont pas opérés ; il est d'ailleurs loin d'être certain, quelquefois même les dents du tubercule incisif sortent plusieurs mois avant les incisives inférieures. On ne peut savoir quelle est celle de ces éventualités qui se serait présentée chez mon petit opéré, mais il me paraît probable que, toutes choses égales d'ailleurs, la réduction du tubercule est de nature à arrêter, pendant quelque temps, le travail odontogénique. La section de la cloison des fosses nasales prive le tubercule osseux de ses artères nourricières. Les anastomoses capillaires qui existent entre le plan antérieur de la cloison et le lobule du nez suffisent toujours à entretenir la vie dans l'os intermaxillaire, et bientôt de nouvelles communications vasculaires s'effectuent à travers les deux cicatrices osseuses de l'arcade alvéolaire ; mais il

s'écoule sans doute quelque temps avant que la circulation ait recouvré toute son énergie, et il n'en faut pas davantage pour expliquer le retard des phénomènes de l'éruption.

Quant aux dents incisives permanentes, dont l'importance est bien supérieure à celle des dents de lait, il y a lieu de croire que leur développement ne sera pas entravé par les conditions nouvelles que l'opération a créées. Ici encore, toutefois, il ne faut pas oublier que l'existence même du bec-de-lièvre compliqué, abstraction faite de toute opération réparatrice, suffit souvent pour faire avorter une ou plusieurs des dents incisives temporaires ou permanentes. Ainsi, j'ai disséqué une fois un tubercule incisif, que j'avais excisé chez une petite fille de deux ans. Ce tubercule était surmonté de deux grosses incisives médianes; mais je cherchai vainement les follicules des incisives latérales. Dans un autre cas, où le bec-de-lièvre était moins compliqué et où il n'y avait sur l'arcade alvéolaire qu'une seule fente, située à gauche, j'ai constaté que la mâchoire supérieure n'avait que trois incisives, quoique l'enfant fût déjà âgée de cinq ans. Enfin, j'ai vu un adulte qui avait été opéré, dans sa jeunesse, d'un bec-de-lièvre *simple*, et qui n'avait non plus que trois incisives supérieures, quoiqu'il n'eût perdu aucune dent, et que la rangée dentaire fût continue. Ce dernier fait prouve que les conditions qui font naître le bec-de-lièvre peuvent mettre obstacle non-seulement au développement des dents de lait, mais encore à celui des dents permanentes. Il est bien clair que l'ostéoplatie ne peut modifier en rien ces défectuosités originelles, et qu'il y a toujours quelque chance pour que l'éruption des dents définitives soit incomplète. Mais c'est un détail d'une importance tout à fait secondaire.

En résumé, je pense que la méthode qui consiste à conserver le tubercule osseux, dans le cas de bec-de-lièvre double compliqué de la saillie de ce tubercule, a été trop facilement abandonnée par les chirurgiens. Sans prétendre que la conservation de ce tubercule soit toujours possible, je viens de prouver qu'il y a des cas où elle peut réussir d'une manière complète, à la faveur de l'avivement du tissu osseux et de la suture osseuse.

Quelques mots, en terminant, sur les contre-indications. Lorsque le tubercule osseux fait une saillie excessive, qu'il est situé directement sur le prolongement du bout du nez, et que le tubercule labial médian est très-court, la réduction, sans être impossible, serait fort difficile, et il faudrait quelquefois, pour l'obtenir, effacer presque entièrement le nez. Dans un cas de ce genre, je commen-

cerais par exciser la cloison, et, d'après le résultat que donnerait le refoulement du tubercule, je me déciderais à le conserver ou à l'enlever.

Une seconde contre-indication résulterait de la trop grande exiguïté du tubercule osseux. Il est clair, en effet, que s'il était plus étroit que la fente de l'arcade alvéolaire, il ne pourrait y être fixé par la suture osseuse. Il n'est pas nécessaire, sans doute, que le contact des surfaces osseuses avivées soit absolu des deux côtés; quand même il resterait à droite ou à gauche un léger écartement d'un ou deux millimètres, par exemple, les phénomènes de la cicatrisation osseuse pourraient encore s'effectuer. Mais si la disproportion était plus grande, il y aurait lieu d'hésiter. Pourrait-on se borner à n'aviver le tubercule que sur un de ses bords, à ne suturer que ce bord, et la soudure osseuse obtenue d'un seul côté aurait-elle une solidité suffisante? C'est une question que je ne me permettrai pas de résoudre. Si, comme je l'espère, la méthode conservatrice reprend quelque faveur dans la pratique, l'expérience ultérieure pourra nous conduire peu à peu à étendre l'application de cette méthode à des cas qui nous semblent aujourd'hui défavorables. Mais ce ne sont pas ces cas extrêmes qui me préoccupent ici. Ils sont d'ailleurs exceptionnels. Mon but est seulement de montrer qu'il y a des cas nombreux où il est indiqué de conserver l'os intermaxillaire au lieu de l'exciser, comme on le fait généralement.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Encore une falsification des pastilles de gomme.

La fabrication des bonbons pectoraux est une industrie d'une très-grande importance; leur exportation à l'étranger égale leur consommation en France : de là les nombreuses falsifications qu'on leur fait subir.

Bien des fois déjà nous avons été appelé à nous prononcer sur la qualité des pastilles de gomme comme médicament, et, au point de vue commercial, les deux derniers échantillons que nous avons analysés ne contenaient pas un atome de gomme : l'un avait pour base le carragaheen, l'autre l'amidon; tous les deux étaient édulcorés avec du sirop de fécule.

Aujourd'hui encore, les confiseurs sont en émoi : un industriel

a accaparé toute la fabrication des pastilles de gomme; il les vend aux marchands détaillants 1 fr. 80 c. le kilogramme (ce qui coûte 2 fr. 90 c.), pour être de bonne qualité. On nous a prié de découvrir par quel moyen on peut arriver à un tel résultat : nous avons suivi le procédé d'analyse de M. Roussin, qui consiste à reconnaître et doser un mélange de gomme et de dextrine dans les sirops de gomme de commerce; on opère de la manière suivante : on a dissous 200 grammes de pastilles de gomme suspectes dans une suffisante quantité d'eau distillée pour obtenir une solution de consistance sirupeuse. Cette solution fut divisée en deux parties : dans la première, on lui a ajouté dix fois son volume d'alcool à 90 degrés et quelques grammes d'une solution officinale de perchlorure de fer du Codex, marquant 1126 au densimètre (30 degrés Baumé); on a agité : il ne s'est produit aucun précipité.

Les pastilles ne contenaient donc aucune trace de gomme arabique ou du Sénégal.

Dans la seconde partie, nous avons versé une infusion aqueuse de noix de galle.

Par l'agitation, le mélange s'est troublé; abandonné au repos, il s'y est formé un précipité très-volumineux; ce précipité, séparé du liquide, lavé à l'eau distillée, a été reconnu pour une combinaison de tannin et de gélatine.

La liqueur provenant du mélange des deux liquides fut évaporée au bain-marie jusqu'à la consistance de sirop épais; portée dans une étuve, il s'y est formé quelques cristaux de sucre prismatique; le reste a été reconnu pour être de la dextrine.

Le résultat de notre analyse nous a démontré que les pastilles dites de *gomme arabique* sont composées de :

Sirop de fécule................................	60 parties.
Sucre de canne................................	10 —
Gélatine................................	30 —

Au point de vue de l'hygiène, les pastilles à base de gélatine ne sont pas plus dangereuses à la santé que celles qui sont faites avec un lichen ou de l'amidon; seulement il y a fraude sur la dénomination de la chose vendue, et la concurrence déloyale qui en résulte est très-préjudiciable à ceux qui font entrer dans leurs bonbons de la gomme arabique ou du Sénégal, dont le prix est bien supérieur à celui de la gélatine, du carragaheen ou de l'amidon.

Stanislas Martin.

Falsification du suc de réglisse.

Le suc de réglisse, vulgairement appelé *jus de réglisse*, *suc noir*, *calabre*, est un médicament très-employé par la classe du peuple ; c'est le bonbon pectoral du pauvre, pour calmer la toux dans le rhume. Les gens riches en feraient également usage s'il était de meilleure qualité ; mais on lui ajoute de l'amidon, de la fécule ou de la farine, sous le fallacieux prétexte qu'il conserve mieux la forme cylindrique sous laquelle on le livre au commerce.

La quantité de poudre étrangère qu'on met dans cet extrait varie selon le degré de probité du fabricant. Elle est facile à reconnaître ; on agit de la manière suivante : on fait fondre à froid 20 grammes de suc de réglisse dans 250 grammes d'eau distillée ; on filtre au papier. Si on tient à déterminer le poids du corps étranger, on sèche à l'étuve. Un examen au microscope suffit souvent pour juger si le résidu est de l'amidon ; mais, pour en acquérir la certitude, on le chauffe avec le double de son poids d'eau bouillante ; le soluté prend une belle couleur bleue lorsqu'on lui ajoute quelques gouttes de teinture d'iode.

La fraude avec l'amidon ou la fécule est de vieille date ; ces deux substances sont aujourd'hui très-chères ; on leur a trouvé un succédané bien moins dispendieux : on ajoute au suc de réglisse du charbon de bois réduit en poudre impalpable ; avec cette substauce, on ne craint pas la saisie on a une porte tout ouverte à l'excuse. Cette réponse ne semble-t-elle pas naturelle : « L'extrait, pendant sa préparation, a reçu un coup de feu : c'est ce qui l'a carbonisé ! »

Le suc de réglisse qui nous vient de la Calabre est le plus estimé : il est sec, cassant, noir, lisse, brillant dans sa cassure ; sa saveur sucrée est légèrement âcre. En quittant la Sicile, il porte la marque Cassano ou Pignatelli ; il est presque entièrement soluble dans l'eau froide ; pendant son séjour à Bayonne ou à Marseille, il y subit une telle falsification, que sa solubilité est diminuée de moitié ; cette falsification se complète à Paris : là, dans le laboratoire de l'épicier, on le travaille de telle sorte, que l'eau ne dissout plus qu'un tiers de son poids.

Aujourd'hui, dans le commerce, on trouve du pignatelli vrai à 3 francs le kilogramme et du faux à 1 fr. 90 c. Comme le public ne sait pas le juger, on lui délivre toujours le faux, qu'il paye comme étant de première qualité. Il en résulte que beaucoup de droguistes qui se respectent veulent que le suc de réglisse qui sort de chez eux soit exempt de toute falsification, et mettent sur chaque bâton leur

cachet. Pour n'en citer qu'une, la maison Dorvault a pour estampille : *Pharmacie centrale.*

Nous avons analysé une très-grande quantité d'échantillons de suc de réglisse pris chez des herboristes et des épiciers : nous avons reconnu que, loin de calmer la toux, ce médicament irrite la gorge, et que son usage est plus nuisible qu'utile ; ce qui n'a pas lieu avec un bon produit. Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

MONSIEUR ET HONORÉ CONFRÈRE,

J'ai obtenu trois cas de guérison d'albuminurie dont les observations ont été publiées dans le tome LXIII du *Bulletin de Thérapeutique*, année 1862, p. 150. Aujourd'hui j'en ajoute deux nouveaux. Seulement, j'ai appliqué le traitement de notre confrère M. Crocq (de Bruxelles), indiqué succinctement dans votre recueil du 15 septembre 1867. Je le crois préférable au mien, en ce sens que les résultats doivent être plus certains et plus rapides.

Obs. I. Femme Breton-Petit, de Bury (Oise), cinquante-deux ans, époque critique terminée à quarante-neuf ans. Conditions d'aisance bonnes. Habitation, alimentation confortables. Chagrins prolongés. Depuis un an, faiblesse générale, sueurs, appétit irrégulier, découragement, aucune souffrance précise. L'anéantissement des forces augmentant, l'infiltration des membres abdominaux et de la face se présentant, je suis consulté.

16 décembre 1867. Inertie complète, lumbago léger, sommeil nul, inappétence. Les urines avec l'acide azotique donnent un précipité blanc, épais, qui comprend la presque totalité du verre, tant l'albumine est abondante.

Prescription : 2 grammes par jour d'iodure de potassium ; quatre dragées par jour d'iodure de fer ; vin et viande rôtie.

La dose d'iodure de potassium est portée peu à peu à 8 grammes, mais la tolérance ne peut s'établir. Je suis même obligé d'en suspendre l'usage pendant quelques jours. L'anasarque augmente, mais disparaît complétement au bout de quatre jours sous l'influence des frictions faites avec un mélange de 100 grammes de glycérine dans deux litres d'eau chaude.

Diminution progressive de l'albumine. A diverses reprises, la malade était forcée de suspendre, de reprendre, d'augmenter, de diminuer la dose d'iodure de potassium. Enfin, l'albumine disparut pour toujours. La malade fut mise pendant un mois au vin de quinquina. La guérison radicale eut lieu en quarante-deux jours,

depuis le 16 septembre 1867 jusqu'au 27 janvier 1868. La santé actuelle de la femme Breton est excellente. Elle ressent parfois quelque fatigue dans les lombes.

Obs. II. Basset (Alexandre), Mouy (Oise), quarante ans, ouvrier fileur, vivant dans la misère. Constitution faible, alimentation médiocre. Me consulte le 18 décembre 1867.

Pâleur, regard éteint, débilité extrême; face bouffie; infiltration des pieds; douleur lombaire continue; inappétence. Enorme dépôt d'albumine avec l'acide azotique.

Prescription : Iodure de potassium, 2 grammes par jour; dragées d'iodure de fer, quatre par jour; vin de gentiane et petite centaurée, deux verres; vin et viande de bœuf et mouton.

Peu à peu la dose d'iodure de potassium fut portée à 12 grammes par jour. Elle fut diminuée à cause des symptômes d'iodisme. La quantité d'albumine diminuait, mais elle restait encore abondante.

15 grammes par jour d'iodure de potassium furent donnés, et de nouveau il fallut rétrograder. Mais ensuite j'augmentai jusqu'à 16 grammes. Ce fut le maximum de tolérance. En outre, je prescrivis six dragées d'iodure de fer et deux verres de vin de quinquina par jour. L'albumine disparaît enfin, et le 15 février 1868 il n'en existe plus la moindre trace. Aujourd'hui, 21 mars, les urines sont transparentes, limpides avec l'acide azotique. La guérison est confirmée. Cinquante-neuf jours de traitement.

Agréez, etc. A. Baudon, D. M. P.

Mouy (Oise), 21 mars 1868.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai de pathologie et clinique médicales, contenant des recherches spéciales sur la forme pernicieuse de la maladie des marais, la fièvre typhoïde, la diphthérie, la pneumonie, la thoracentèse chez les enfants, le carreau, etc., avec de nombreuses observations, par H. Guinier, professeur agrégé et ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, secrétaire, depuis 1859, de la section de médecine de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de la même ville, membre correspondant des Sociétés impériales de médecine de Bordeaux, Marseille, Lyon, etc., autorisé, par décision ministérielle, à professer à la Faculté de médecine de Montpellier, depuis 1861, un cours annuel complémentaire sur les maladies des enfants.

On ne saurait le nier, et nous l'avons dit déjà, et nous nous plaisons à le répéter, des travaux contemporains, poussés jusqu'aux dernières limites de la vue distincte, sur la statique des corps vivants, il est sorti déjà et il sortira encore de nombreux et utiles enseignements : en face de ce mouvement qui naît des *desiderata* de plus en plus sentis de la science, la Faculté de médecine de Montpellier, qui

s'inspire en partie d'une autre méthode, ne désarme pas, et elle a raison. A supposer même, ce que pour notre compte nous ne croyons pas, que la nouvelle école parvînt à démontrer que la vie n'est qu'un mode de la matière dans certaines conditions de milieu, ce mode évolue, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, suivant des lois qui restent toujours à déterminer, et que le microscope ou les réactifs chimiques, pas plus que le scalpel, ne peuvent atteindre. Or ce sont ces lois qui ne peuvent tomber que sous l'œil de l'intelligence, que ne perd jamais de vue la Faculté de médecine du Midi, et qu'elle continue, suivant en cela une glorieuse tradition scientifique, à placer en face de l'émiettement de la matière vivante pour empêcher la médecine de s'égarer dans les aventures d'une médecine toute déductive. Je dis qu'à supposer même que la vie ne fût que ce que nous disions tout à l'heure, la métaphysique de Montpellier, on voit que je ne zézaye pas les mots, aurait encore sa raison d'être ; mais combien, *à fortiori*, en est-il ainsi, si la vie, par l'enchaînement harmonique des actes qui la manifestent successivement, suppose nécessairement une force spéciale comme elle, et qui seule permet d'en concevoir, je ne dis pas d'en comprendre, l'admirable unité. Sans doute, tout inachevée qu'elle est, la médecine est en possession d'un certain nombre de données empiriques qui peuvent suffire aux exigences de la pratique commune ; mais, outre que l'intelligence répugne par ses plus nobles instincts à cette sorte de science nocturne, il ne faudrait point aller trop loin dans cette spécieuse sécurité de l'ignorance, car les anomalies, pour répéter une expression de M. le professeur Dupré, surgissent quelquefois, d'aucuns disent souvent, dans la pratique médicale, et le pur empirisme est bien exposé alors à perdre pied.

C'est assurément parce que lui aussi est convaincu que la médecine est exposée à s'égarer souvent quand elle aborde la pratique, si elle ne s'appuie sur les principes mêmes de la science, que M. Guinier a cru devoir aborder cette question, ou plutôt ces questions, ou tout au moins les effleurer, avant d'entrer dans le sujet même de son livre, qui est surtout un travail de clinique. Comme il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici quelques-uns des enseignements essentiels d'une école prudente, qui pourraient servir de frein à un entraînement qui n'est pas sans dangers, même immédiats, qu'on nous permette de citer textuellement un passage du livre de notre savant confrère, où l'esprit de cette école se marque bien, surtout comme antinomie du pur positivisme. « Donc, dit le médecin distingué de Montpellier, nous pouvons dire de la

pathologie générale, qu'elle est la science de la généralisation en médecine. C'est la logique appliquée aux grands faits de la nature malade... elle est la science pathologique, comme le code des lois fondamentales qui régissent la formation, le développement et la destruction des états morbides; et l'étude de ces lois constitue la pathologie générale, comme l'étude des lois de l'affinité constitue toute la chimie, celle de l'attraction la science de l'astronomie, comme celle, enfin, des lois des sociétés humaines et de l'art de gouverner constitue la science de la législation et celles dites *politiques*... Que si maintenant on demande une réponse concise à cette question : Qu'est-ce que la pathologie générale? C'est, dit d'Amador, la raison de nos actes; c'est, dirons-nous, la généralisation des maladies; c'est, en un mot, l'esprit de la médecine. » Bien que nous eussions aimé voir M. Guinier se montrer quelque peu plus sobre en métaphores d'une justesse douteuse, lorsqu'il traite les questions générales, parce que le clinquant de l'expression n'en fait pas plus la justesse que la force, nous n'en reconnaissons pas moins en lui un organe convaincu de la philosophie, lâchons encore une fois le mot, ne fût-ce que pour taquiner nos positivistes, de la métaphysique de l'école à laquelle il appartient. Séparée de ces prolégomènes, sa leçon clinique n'en perdrait pas sa valeur, mais ces prolégomènes l'éclairent et préparent heureusement l'esprit à un enseignement pratique qui y trouve souvent sa justification.

Dans tous les cas, qu'on regarde ces généralités comme une superfétation inutile, ou qu'on juge, comme nous, qu'en l'état des esprits, ce sont là des enseignements qui ne sont jamais inopportuns, l'ouvrage de M. Guinier, ainsi que nous l'avons dit déjà, est surtout un travail de clinique médicale, et ce travail a pour nous un mérite que nous ne trouvons pas toujours aux travaux de cet ordre qui nous passent sous les yeux, c'est que l'auteur, au lieu de redire en d'autres termes ce qui a été dit maintes fois par d'autres, au lieu de nous répéter, comme une *scie* peu gaie (pardon du mot), des observations banales, s'est surtout appliqué à mettre en relief dans son livre quelques données originales ou tout au moins quelques données qui ne sont pas encore entrées dans le courant de la science de tous, et qu'il a puisées dans son expérience propre ou qui sont le fruit de ses solitaires méditations. Les sujets variés, auxquels il a ainsi touché dans son intéressant travail, sont la fièvre intermittente, l'affection effluvienne, la malignité et perniciosité, la fièvre ou l'affection typhoïde, la diphthérie ou affection diphthérique, les fièvres exanthématiques et spécialement la variole, — la fluxion, la pneumonie, la phthisie

pulmonaire, la thoracentèse chez les enfants, le carreau, les hématuries rénales, les hydropisies rénales ; nous ne voulons point omettre, et chacun comprendra l'importance de la question, une simple esquisse du médecin de Montpellier sur le diagnostic différentiel des états morbides élémentaires connus sous le nom d'*état gastrique*, *état inflammatoire*, *état catarrhal*, *état muqueux*. Nous ne savons si cela est plus élémentaire que le reste, mais ce que nous savons bien, c'est qu'en englobant plusieurs de ces états dans une affection où ils se montrent souvent, la fièvre typhoïde, et en ne les reconnaissant pas dans leur isolement nosologique, qui est plus fréquent encore, on a ouvert la porte à bien des erreurs de diagnostic, et fait mentir la pratique, quand la science sur quelques-uns de ces points sait la vérité.

Nous ne pouvons que recommander à ceux sous les yeux desquels tomberont ces lignes, la lecture attentive de ces divers chapitres, où l'auteur étudie, à la lumière d'une école que nous ne connaissons pas assez de ce côté de la France, une foule de questions qu'on ne résout pas en les supprimant. Pour notre compte, nous n'acceptons assurément pas toutes les solutions qu'en propose la moderne Cos, mais il y a là au moins une méthode qui, se résumant en grande partie dans une étude clinique attentive, fécondée par la méditation, ne pourra jamais être sérieusement contestée, et sera toujours d'une légitime application.

Nous regrettons de ne pouvoir énucléer de ce livre un certain nombre d'enseignements pratiques utiles, ou qu'on ne trouve pas partout, ou qui ne se montrent dans quelques-uns de nos livres les plus classiques que sur un second plan, quand peut-être ils devraient figurer en première ligne. On nous permettra cependant quelques remarques à ce sujet. Le traitement de la fièvre typhoïde fixera tout d'abord notre attention. Tout le monde est parfaitement d'accord sur ce point que, quelle que soit la médication à laquelle on soumet les malades atteints de cette affection, la respiration d'un air pur et non souillé des effluves de toutes sortes qui s'échappent des malades eux-mêmes, est une condition essentielle à la terminaison heureuse du mal. Mais personne, nous le croyons, n'a donné à cet égard de plus sages conseils que le médecin de Montpellier. C'est ainsi que M. Guinier non-seulement recommande d'aérer largement le logement des malades, mais il veut que ceux-ci souvent, tous les jours même, changent de lit et d'appartement. Quand les forces le permettent, il veut que les malades, aidés de leurs gardes, fassent quelques pas pour effectuer cette utile émigration. Nous avons émis quelque

part l'idée que dans les grandes épidémies de fièvre typhoïde qui, dans la saison chaude, déciment quelquefois nos campagnes, on plaçât les malades sous des tentes improvisées dans les jardins, les vergers, les bois même, si, comme il arrive en quelques cas, ils n'étaient pas loin des centres de population; nous sommes convaincu que cette idée, pour laquelle d'ailleurs nous ne demandons pas un brevet d'invention, le savant médecin de Montpellier la patronnerait de son autorité, au cas où il se trouverait dans des conditions qui en rendissent l'application possible. Mais le *moi* est odieux, passons.

Une seconde remarque que nous tenons à faire, à propos du livre dont nous parlons en ce moment, a trait à une distinction que nous croyons utile entre le croup vraiment diphthéritique et le croup, le plus souvent sporadique, qui n'en a que l'apparence. Cette distinction, quand elle est réelle d'abord, bien entendu, et qu'on la peut faire, entraîne pour la pratique une conséquence grave, c'est que, tandis que les émissions sanguines sont funestes en cas de diphthérie croupale vraie, elles peuvent être, et elles ont été entre les mains de notre laborieux confrère d'une incontestable utilité, dans les cas, au contraire, où il s'agit uniquement d'un traumatisme local avec simple exsudation catarrhale plus ou moins fibrineuse. Mais il faut lire cela dans l'ouvrage même, la gravité de la leçon en vaut la peine. Nous ne ferons qu'indiquer une observation digne d'attention relativement à un fait signalé par M. Guinier, et qui nous montre la crase du sang dans la pneumonie, sous le climat de Montpellier, fort différente de ce qu'elle est à Paris et généralement en France. De là une indication à ménager plus là encore qu'ici l'ensemble des forces de l'organisme, en tant qu'elles sont représentées par la plasticité de cette chair coulante. Le chapitre de la phthisie doit être également signalé, du point de vue où nous nous restreignons dans cette notice, pour les deux cas de guérisons, sinon certaines, au moins très-probables, qui y sont rapportés, etc.

Nous aurions encore bien d'autres remarques à faire à propos de ce livre, remarques dont pourraient bénéficier immédiatement les lecteurs de ce journal, mais comme force nous est de nous arrêter, nous nous contenterons de celles qui précèdent; mais nous ne finirons pas cette trop courte notice sans engager ceux à qui nous nous adressons ici, à lire l'ouvrage de notre confrère de Montpellier et à le lire la plume à la main, car nous pouvons leur assurer à l'avance qu'ils y butineront çà et là plus d'une observation originale, et maints préceptes sages et propres à les diriger utilement au milieu des difficultés de la pratique.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Enchondrôme a marche rapide de la machoire supérieure. Résection partielle des deux maxillaires supérieurs. Guérison [1]. — Les tumeurs cartilagineuses sont considérées, à juste titre, par tous les chirurgiens, comme présentant une marche lente; elles parcourent ordinairement leurs périodes en plusieurs années. Il n'est pas rare d'en observer dont le début remonte à dix, quinze et vingt ans, et c'est même là un caractère d'une importance majeure pour en établir le diagnostic différentiel. L'observation suivante démontre surabondamment qu'il ne faudrait pas croire que c'est là une règle constante. Les enchondrômes purs, c'est-à-dire constitués exclusivement par du cartilage, peuvent acquérir un développement considérable dans l'espace de quelques mois.

Ce fait bien constaté acquiert de suite un intérêt capital, si l'on songe au pronostic de ces sortes de productions. L'enchondrôme est considéré généralement comme une tumeur bénigne, c'est-à-dire ne récidivant pas après l'ablation, et cependant le développement rapide est un des caractères les plus constants des tumeurs dites *malignes*. Ce néoplasme récidivera-t-il ? C'est ce que l'avenir nous enseignera. La malignité ou la bénignité des tumeurs dépendent-elles de la nature de leurs éléments constitutifs, ou bien de conditions encore inconnues ? Cette seconde hypothèse est possible, je dirai même qu'elle est probable, mais c'est là une question de pathologie générale trop grave pour être tranchée et même discutée à propos d'un seul fait. Contentons-nous d'observer, d'enregistrer, nous conclurons peut-être plus tard.

Le nommé P..., âgé de vingt-neuf ans, sergent de ville, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 30 janvier 1868. Ce jeune homme est vigoureux, bien portant. Il y a une année, il a fait une chute violente, et la lèvre supérieure a été divisée. Nous n'avons aucun autre antécédent à signaler. Depuis trois mois est apparue à la mâchoire supérieure une tumeur qui n'a cessé de s'accroître depuis lors. Elle occupe l'espace compris entre la canine supérieure droite et la première petite molaire gauche en bas, l'apophyse zygomatique gauche en dehors, l'os propre du nez, tout près de l'angle interne de l'œil en haut, et la moitié de la voûte palatine en arrière.

[1] Le malade qui fait l'objet de cette observation a été présenté guéri à la Société impériale de chirurgie, dans la séance du 22 avril 1868.

Elle a le volume d'un gros œuf de poule. La peau qui la recouvre est saine et parfaitement libre à sa face profonde. La tumeur est dure, et n'est le point de départ d'aucune douleur, soit spontanée, soit provoquée. Je diagnostique, eu égard au développement rapide : tumeur fibro-plastique, et je propose l'ablation, qui est de suite acceptée.

Le procédé opératoire suivi a été l'incision latérale interne, préconisée par M. le professeur Nélaton, pour l'ablation du maxillaire supérieur. Section verticale partant de l'angle interne de l'œil gauche jusqu'au bord libre de la lèvre ; dissection des deux lambeaux ; le nez est détaché, rejeté à droite et la tumeur mise à nu. Elle est ensuite circonscrite par deux sections profondes droites et gauches faites avec une forte pince de Liston. Quelques coups de ciseau et de maillet permettent de la détacher aisément en arrière.

La cavité est bourrée de bourdonnets de charpie et la suture de deux lambeaux soigneusement faite.

Aucun accident n'est venu entraver la guérison, qui a été rapide. Le malade s'est vite remis de la perte assez abondante de sang subie pendant l'opération, et il a pu sortir de l'hôpital, pour reprendre ses fonctions de sergent de ville, six semaines après son entrée.

Il est juste d'ajouter que, grâce à la réunion parfaite de la plaie et grâce surtout à un appareil prothétique très-habilement construit par un jeune dentiste, M. Lanfray, la difformité est à peine appréciable. Le malade mange et parle aussi bien qu'avant l'apparition de sa tumeur, il faut qu'il ouvre la bouche pour faire constater la mutilation dont il a été l'objet.

L'examen de la tumeur à l'œil nu permettait d'affirmer sa nature cartilagineuse. Je l'ai constatée d'ailleurs à l'aide du microscope, ce qu'ont vérifié mon collègue M. Laboulbène et M. le docteur Ranvier, si compétents en pareil sujet. Il n'y avait que des cellules de cartilage à différentes périodes de développement.

Dr Tillaux,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'emploi de la liqueur de Villate. Nous avons rapporté, dans un de nos précédents numéros, deux cas de mort attribués à la liqueur de Villate; il est juste de reproduire la réponse de M. Notta qui, comme on le sait, a tant fait pour populariser l'emploi de ce médicament.

M. Notta rejette complétement l'une de ces observations, empruntée par M. Heine à M. Hergott, de Strasbourg, « et qui manque, dit-il, de tous les éléments nécessaires pour avoir quelque valeur. »

Dans la seconde, « il s'agit d'une jeune fille de douze ans chez laquelle, à la suite d'une résection des os du tarse, existaient des trajets fistuleux fongueux qui n'avaient aucune tendance à la guérison. On pratiqua une injection de liqueur de Villate. *La moitié d'une petite seringue à injection environ fut injectée sous une pression assez forte.* La malade accusa aussitôt

une vive douleur, et, *pendant l'injection, une assez grande quantité de sang s'écoula par la plaie.* Quelques minutes plus tard, la malade était d'une pâleur cadavérique, plombée; un frisson violent avec claquement des dents, le refroidissement des extrémités s'étaient brusquement établis ; le pouls était petit, accéléré; la plaie avait une teinte brunâtre ; la température, qui le matin était de 38 degrés, s'abaissa peu à peu vers le soir jusqu'à 34°,2 ; le pouls s'affaiblit et, le soir, il était à 140 pulsations. Le frisson, qui dura plusieurs heures, fut suivi, dans la nuit, d'une période de chaleur, puis de sueur ; peu à peu la malade devint somnolente ; elle eut une évacuation diarrhéique ; elle s'affaiblit de plus en plus et mourut à minuit, le jour même de l'injection.

« A l'autopsie : couleur rouge ou carminée du sang ; œdème des poumons et hypérémie bronchique ; enfin, découverte au microscope, dans le sang du ventricule droit, d'un cristal rhomboédrique de sulfate de cuivre. »

Avec M. Heine, M. Notta n'hésite pas à rapporter la mort à l'introduction de la liqueur de Villate dans le torrent circulatoire par l'intermédiaire d'une veine ouverte. « Il en eût été de même, dit-il, si l'on eût injecté dans la veine de la teinture d'iode ou du nitrate d'argent. » M. Notta trace ainsi les règles de l'emploi de la liqueur de Villate : Doit être injectée dans les trajets fistuleux, non dans les veines. Elle ne doit être employée que dans les affections anciennes, et même plus la maladie est chronique, plus les résultats obtenus sont remarquables. Dans les affections d'origine récente, elle peut présenter des inconvénients, mais elle n'a jamais occasionné la mort. — Il importe de dilater les trajets fistuleux pour prévenir la rétention de la liqueur de Villate; d'y pratiquer préalablement des injections de teinture d'iode ou de vin aromatique pour s'assurer de quelle manière elles se comportent et pour se rendre compte de la quantité de liquide qui peut rester dans les clapiers ; de commencer par tâter la susceptibilité du malade en pratiquant une injection de liqueur de Villate étendue d'eau. L'observation de M. Heine ne dit pas si ces précautions ont été prises. Elle ne dit rien non plus de la composition de la liqueur dont il s'est servi. M. Notta craint que M. Heine n'ait pas employé la bonne formule et que, en particulier, la proportion de sulfate de cuivre n'ait été un peu trop forte, à moins que, à l'examen microscopique du sang, on n'ait pris pour un cristal de sulfate de cuivre ce qui n'en était pas.

M. Heine attribue la mort à l'acide acétique contenu dans la liqueur de Villate ; or, ce n'est pas cet acide qui doit entrer dans la composition de la liqueur, mais du vinaigre de vin, beaucoup moins corrosif que l'acide acétique des pharmacies.

M. Notta s'est livré à des expériences sur des lapins et sur des chiens pour étudier les effets de la liqueur de Villate injectée sous la peau ou dans les veines.

Il résulte de ces expériences que la liqueur de Villate, injectée sous la peau des lapins, ne détermine aucun accident, à des doses même fort élevées, eu égard au volume de l'animal. Ainsi, ils ont pu supporter 40 gouttes ou 2 grammes de cette liqueur sans être incommodés, alors que déjà ils avaient servi les jours précédents à de nombreuses expériences du même genre qui auraient dû affaiblir notablement leur résistance vitale, si la liqueur de Villate était aussi toxique que le feraient supposer les expériences de M. Heine.

L'injection de liqueur de Villate, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme dans les veines d'un lapin et d'un chien, n'a point amené de troubles durables dans la santé de ces animaux.

Ces expériences démontrent l'extrême tolérance avec laquelle l'économie paraît supporter cette injection. Il est vrai qu'une dose de 6 grammes a déterminé la mort du chien; mais quel est le médicament, même le plus innocent, qui, injecté dans la veine humérale à cette dose, ne déterminerait pas la mort? On peut donc conclure, contrairement aux expériences et aux assertions de M. Heine, que la liqueur de Villate peut, sans inconvénient, être injectée dans le sang chez les animaux.

En résumé, M. Notta croit devoir établir que la mort, dans le fait de M. Heine, est due à l'injection de la liqueur de Villate dans les veines de sa malade; que son observation est, du reste, fort incomplète, et que, d'après ses propres expressions, il a dû employer une injection dont la composition diffère de celle que M. Notta préconise; d'où il suit que, jusqu'à présent, aucun fait ne prouve que la liqueur de Villate, employée *d'après*

les règles indiquées, ait déterminé la mort.

Si un cas malheureux se présentait, M. Notta demande qu'il soit publié dans tous ses détails, afin que chacun puisse juger si la faute en est au médicament ou à la manière dont il a été employé. M. Notta insiste sur ce point parce qu'il y a des faits, qu'il se propose de publier plus tard, dans lesquels il aurait dû perdre ses malades si la liqueur de Villate était aussi toxique que l'on veut bien le dire. « Il est vraiment étonnant, ajoute M. Notta, que la liqueur de Villate ait été employée pendant des années dans le service de M. Velpeau pour le traitement des fistules rebelles succédant aux abcès du sein, et qu'elle soit journellement mise en usage par M. Nélaton dans les affections les plus diverses, sans que ces habiles chirurgiens aient eu aucun accident à déplorer. Aussi est-il heureux de pouvoir s'appuyer sur l'exemple et l'autorité de ces illustres maîtres pour mettre les praticiens en garde sur les cas de mort publiés jusqu'à ce jour, et pour appeler sur eux une enquête sévère et détaillée qui permette de se prononcer sur sa valeur. » (*Société de chirurgie.*)

Efficacité du nitrate d'argent à hautes doses contre certaines céphalalgies. M. Vignard rapporte le fait suivant :

Mme B***, âgée de trente et quelques années, est dans un état de faiblesse très-grand, attribuable à diverses causes simultanées. Jusqu'au mois de janvier 1868, elle vivait à la campagne, par conséquent menait une vie active, dans un air pur, entourée d'une lumière vive. A cette époque, elle vient habiter Nantes, pour y tenir un café dans un local obscur, où l'air ne se renouvelle que très-difficilement. Elle était alors enceinte de six à sept mois. Elle fait une chute et accouche d'un enfant mort ; une perte légère survient. La mère se remet cependant peu à peu et reprend tant bien que mal le cours de ses occupations. La menstruation se rétablit régulièrement ; toutefois, la santé reste languissante.

Vers la fin de février 1868, elle est prise d'un mal de tête violent, continu ; la douleur ne siége pas dans un point limité : elle est générale, plus forte peut-être vers les parties postérieures et supérieures du crâne. Cette douleur est profonde et n'est point augmentée par la pression ; elle ne présente point d'exacerbation, elle conserve toujours la même intensité, elle ne s'accompagne point de vomissements ni de nausées.

Comme la malade est habituellement très-constipée, j'ordonne un purgatif. Je ne la revois que le 2 mars, au matin. Elle souffre toujours de la même façon, ni plus ni moins ; cependant, comme elle ne peut ni manger ni dormir, elle sent que sa faiblesse augmente considérablement. Je lui prescris une potion opiacée à prendre d'heure en heure par cuillerée. Le soir, on vient me chercher ; la malade n'a pas pris le tiers de sa potion. Elle souffre toujours autant, sinon plus.

J'ordonne :

Nitrate d'argent.	10 centigr.
Mie de pain.....	quant. suffis.

F. S. A. six pilules. En prendre une toutes les heures.

La malade, qui n'a pas dormi un instant depuis le début de son mal, exaspérée par ses souffrances, va plus vite que le médecin et double les étapes : dans l'espace de trois heures, les six pilules sont prises, et dans le courant de la nuit, le mal de tête disparaît complétement. Le lendemain matin, la malade mange et ne ressent plus que le sentiment d'une fatigue extrême. Pas de symptômes particuliers ni du côté de l'estomac, ni du côté des intestins.

Voici donc un cas de céphalalgie arrêté presque subitement par le sel d'argent. Comment a-t-il agi ? Je n'en sais rien et je crois que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est tout à fait impossible de se faire une idée, même approchante, de son mode d'action. De nouvelles et nombreuses observations sont nécessaires ; car un fait isolé ne prouve pas grand'chose, et ne sert guère qu'à attirer l'attention sur un sujet dont on ne s'occupait pas ; il peut se trouver ainsi le point de départ d'une nouvelle découverte.

Dans le cas présent, ce qui reste acquis, c'est qu'une femme anémiée par une perte de sang antérieure, par un changement complet dans les conditions extérieures de son existence, sans troubles utérins, est prise très-rapidement d'une céphalalgie diffuse, intense, profonde, qui a cédé, dans l'espace de quelques heures, à l'action de l'azotate d'argent. Remarquez que, quatre jours après le purgatif, la douleur subsistait aussi violente, que la potion opiacée n'avait pas été prise, et que, par conséquent, l'action du

sel d'argent ne peut être mise en doute.

Le *Dictionnaire encyclopédique*, art. Argent, ne parle pas de cette application du sel lunaire. C'est le professeur Graves (de Dublin) qui, dans sa clinique, conseille ce moyen. « L'effet du nitrate d'argent, dans les cas de ce genre, dit-il, m'a été révélé par l'efficacité qu'il présente dans l'épilepsie, surtout lorsque cette maladie attaque les femmes délicates et nerveuses. » Pour l'éminent professeur, la céphalalgie, dans le cas présent, serait due à un mouvement fluxionnaire vers l'encéphale, et le nitrate agirait en s'opposant à ce mouvement. Hypothèse à vérifier expérimentalement ([1]). (*Journal de médecine de l'Ouest.*)

Sur la herniotomie sans ouverture du sac. Cette méthode d'herniotomie, qui avait été mise en application par Franco et Ambroise Paré, a surtout été enseignée et défendue par J.-L. Petit : aussi porte-t-elle le nom de ce chirurgien. On sait que Velpeau, Vidal, la considéraient comme méritant un examen très-sérieux, et, pour ne parler que des Français, Malgaigne la préconisait ; Bonnet l'a mise en pratique neuf fois, et M. Colson, dans un mémoire récent, rapporte huit cas d'opération sans ouverture du sac. M. Doutrelepont, dans son mémoire, où sont recueillies avec soin les opinions de la plupart des classiques allemands et étrangers, reproduit l'analyse de douze observations dans lesquelles il a opéré des hernies étranglées sans ouvrir le sac. Un seul de ces malades, âgé de soixante-douze ans, a succombé le quatorzième jour, et, suivant M. Doutrelepont, on peut rapporter la mort à une autre cause qu'à l'opération.

Parmi les onze malades guéris, dans deux cas on ne put réduire une portion d'épiploon qui accompagnait la hernie. Neuf fois la hernie était crurale, trois fois inguinale externe. La durée de l'étranglement était de vingt-quatre heures environ dans quatre cas, de trente-six heures dans deux cas, et a atteint jusqu'à soixante et soixante-douze heures.

Ces faits doivent être rapprochés de ceux de Bonnet et de M. Colson, qui purent faire l'opération, le premier dans neuf cas sur seize, le second dans huit cas sur neuf.

En présence de ces résultats, l'auteur croit devoir poser comme principe que, lorsqu'on n'a pas la certitude que l'intestin est gangrené, on doit, avant d'ouvrir le sac et après un débridement multiple, tenter la réduction.

M. Doutrelepont espère que ces résultats si favorables attireront de nouveau l'attention des chirurgiens sur une opération qui semble être restée dans l'oubli, en Allemagne surtout, et l'on peut désirer avec lui que des faits nombreux viennent s'ajouter à cette heureuse série d'observations, et permettre, comme l'a dit Malgaigne, de savoir jusqu'à quel point on augmente les chances de salut, jusqu'à quel point l'opération de Petit met à l'abri de la péritonite. (*Archiv für klinische Chirurgie*, IX Bd., 2e H., 1868.)

De l'emploi de la liqueur iodo-tannique dans le traitement des varices. Nous avons dernièrement donné le résumé d'une thèse du docteur Rouby, ancien élève des hôpitaux de Lyon, qui préconise, pour la guérison radicale des varices suivant la méthode lyonnaise, la liqueur iodo-tannique qui s'obtient de la façon suivante :

On fait dissoudre 5 parties d'iode et 45 parties de tannin dans 1000 parties d'eau, et on réduit à 100 parties par une évaporation modérée.

M. Panas, qui a essayé cette méthode, n'a pas à s'en louer, et il a communiqué les résultats suivants à la Société de chirurgie :

Sur une femme âgée de cinquante-quatre ans, atteinte de varices aux deux jambes, surtout à la droite, j'injectai 15 gouttes de cette liqueur dans la saphène, à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole. Les résultats de cette petite opération ne furent pas heureux : le tronc même de la saphène se sphacéla dans l'étendue de 10 centimètres, et le mollet devint le siége d'une suppuration diffuse qui gagna le dos du pied. Chez un homme adulte, robuste, j'ai observé les mêmes accidents phlegmoneux, mais la veine ne s'est pas sphacélée. Mes deux malades ont échappé à l'infection purulente et à la mort ; mais je ne partage point l'opinion de nos confrères de Lyon sur les bons effets des injections iodo-tanniques. Comme eux cependant, j'ai observé que la liqueur iodo-tan-

(1) Voir *Bull. de Thérap.*, t. LXVI, p. 418, l'analyse d'un travail de M. Socquet, de Lyon, sur ce sujet.

uique agit moins comme agent coagulant chimique que comme un liquide irritant produisant une phlébite étendue : aussi le caillot n'est-il manifeste que vers le troisième jour, et disparaît-il plus tard en partie. (*Société de chirurgie*.)

De l'emploi thérapeutique des sels de sodium. Il résulte des expériences de M. Rabuteau que les sels de sodium doivent être employés de préférence aux sels de potassium (bromure et iodure, par exemple), car les sels de potassium sont vénéneux et moins bien supportés que les sels de sodium. C'est surtout dans l'intoxication saturnine qu'il faut employer l'iodure de sodium. En effet, dans ce cas, l'iode agit comme un médicament éliminateur du poison, par suite de la formation d'iodure de plomb que l'on retrouve non-seulement dans l'urine, mais dans la salive; l'iodure de sodium produit ici absolument les mêmes effets que l'iodure de potassium: il est mieux toléré par l'organisme, il doit donc obtenir la préférence. C'est encore à l'iodure de sodium qu'on doit avoir recours pour obtenir la cure aussi complète que possible de l'intoxication mercurielle. (*Gazette hebdomadaire.*)

Du traitement de l'érysipèle ambulant chez les enfants. Des diverses espèces d'érysipèle dont peuvent être atteints les enfants, le docteur Abelin considère l'érysipèle ambulant comme une des formes les plus graves.

L'expérience a appris, dans l'hôpital des enfants, à Stockholm, que cette forme d'érysipèle se développe le plus souvent pendant les mois d'hiver, pendant lesquels il y a toujours un peu d'encombrement, où la ventilation est rendue plus difficile, où les maladies prennent facilement un caractère fâcheux.

Le traitement qui, *de experimento*, se montra le plus efficace, semble devoir faire croire à une affection générale ; en effet, tant qu'on se contenta de la traiter par des remèdes externes et des médicaments légèrement antiphlogistiques, c'est à peine si l'on observa une guérison franche, tandis que l'année dernière, où l'on s'adressa à des remèdes toniques, antidyscrasiques (?), le résultat fut plus avantageux, et cependant pas encore assez marqué pour qu'on ne désirât pas trouver quelque chose de mieux.

Comme tous les remèdes externes jusqu'ici employés (lotions alcoolisées ou avec de l'extrait de saturne, applications de farine, son, craie, teinture d'iode, collodion, huile de lin, etc.), amenaient peu ou pas de résultat, ne parvenaient pas à limiter la rougeur ou à diminuer les douleurs, la tension, la tuméfaction de la peau, le professeur Abelin a recherché des moyens plus énergiques, et croit en avoir trouvé un dans les *bains d'eau chaude*, qui agissent favorablement, non-seulement pour produire cet effet local, mais qui exercent aussi une influence marquée sur l'état général. Ici il donne quelques observations à l'appui de son nouveau traitement.

Ces bains entiers, chauds, diminuent rapidement et sûrement la tension et la chaleur de la peau, modèrent singulièrement les douleurs, et limitent jusqu'à un certain point l'extension du processus érysipélateux. Ils exercent aussi une action favorable sur les organes de la respiration et de la circulation ; la respiration devient plus tranquille, plus profonde, plus complète ; la fièvre se modère, et de même ils agissent sur les sécrétions des reins et de la peau ; néanmoins son expérience à cet égard n'étant pas encore assez nombreuse, il recommande vivement à ses confrères d'essayer ce moyen, afin d'apprendre si sa conviction ne pourra pas se changer en certitude.

Voici maintenant de quelle façon l'on procédait à l'hôpital des enfants : lorsque l'on porte l'enfant dans le bain, l'eau a une température de 38° C. ; peu à peu l'on ajoute de l'eau chaude jusqu'à ce que la température arrive à 40°-42° C. Au bout de 10-30 minutes (selon l'âge et les forces de l'enfant, ainsi que l'effet exercé par le bain), on sort l'enfant du bain, on l'enveloppe dans un drap chaud, et on le maintient ainsi enveloppé pendant une ou deux heures. D'ordinaire il tombe, après le bain, dans un sommeil tranquille ; mais s'il reste éveillé, on lui donne, par cuillerée, de l'eau fraîche à boire. Dans les cas graves, on administre par jour deux bains, matin et soir, et l'on continue jusqu'à ce que l'on constate de l'amélioration. (*Journ. für Kinderkr.*, 1867 et *Gaz. méd. de Strasbourg*.)

Traitement de l'otorrhée par les irrigations d'eau tiède. Voici les conclusions d'un mémoire de M. Prat sur ce sujet :

Le conduit auditif externe et la caisse, séparés par la membrane du tympan, ont été considérés comme un appareil de physique destiné à rassembler et à diriger les ondes sonores vers l'organe sensorial. Mais on peut aussi les considérer comme un tube unique divisé en deux parties par une membrane au travers de laquelle se passent des phénomènes de dialyse osmotique, et qui se laisse traverser par des courants gazeux et liquides.

Le septum tympanique n'est pas la seule des membranes de l'oreille externe et moyenne soumise aux lois de la physique moléculaire; tous les tissus recouvrant les parois du conduit considéré en ce moment comme unique, ainsi que les parois des vaisseaux, sont soumis aux lois des échanges osmotiques.

Bien qu'il soit à craindre que dans cette osmose vivante, les courants ne soient pas tout à fait les mêmes que dans l'osmose inerte, c'est-à-dire tels que nous les voyons à travers les membranes mortes de nos laboratoires, cependant l'expérience nous apprend que, dans une certaine mesure, les lois physico-chimiques sont encore vraies, et qu'on peut en tirer un parti favorable à la thérapeutique.

Les injections liquides ou gazeuses ont presque toujours été partie essentielle de tout traitement de l'otorrhée; mais elles ne sont pas faites pendant un temps assez long pour obtenir des effets diffusifs.

Dans ce but, m'en rapportant à une loi de Graham, j'en ai prolongé la durée, et j'ai appliqué au traitement de l'otorrhée la méthode des irrigations abondantes d'eau tiède à 38 ou 40 degrés centigrades.

La quantité d'eau doit être de 10, 15 et 20 litres d'eau à chaque irrigation et dans chaque oreille.

Le jet doit être à faible pression, et l'eau reprise aussitôt par un conduit de décharge, de manière que l'eau entre et sorte à courant continu.

On doit répéter l'irrigation deux fois dans un jour.

Je n'ai pas prolongé plus de cinq jours de suite, de peur de déchirer des tissus déjà ramollis par la macération. Quand l'otorrhée ne cesse pas après dix irrigations, ce qui me paraît être l'exception, on fait reposer le malade pendant quelques jours et on recommence.

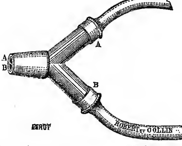
Les irrigations sont puissamment aidées par un traitement général qui varie suivant les indications et l'espèce de l'otorrhée.

Je n'ai jamais vu une cessation si rapide d'un écoulement d'oreille être suivie du plus petit accident, si ce n'est que la surdité est légèrement, mais passagèrement augmentée.

La perforation du tympan n'est pas une contre-indication aux irrigations, dont l'effet est le plus souvent de favoriser la cicatrisation, même dans les perforations survenues par cause pathologique.

Il s'établit par endosmose et exosmose des courants de liquides qui modifient singulièrement les amas de mucosités dans la caisse, désagrégent les molécules exsudatives, réduisent la consistance des liquides purulents et en facilitent la sortie par la trompe et dans l'arrière-gorge.

Dans le but de faciliter les irrigations, j'ai fait construire, par MM. Robert et Collin, un instrument simple, commode et peu coûteux.



Il consiste en deux tubes en caoutchouc se réunissant par les deux branches d'une sonde très-courte à double courant.

On met le bec de la sonde dans l'oreille. L'un des tubes plonge son extrémité libre dans un réservoir d'eau à ciel ouvert, et fait siphon ; c'est

par lui que l'eau arrive dans l'oreille. Par l'autre tube, d'un calibre plus fort, l'eau se déverse, et un courant perpétuel, autant qu'on le voudra, se trouve établi. On amorce à l'aide d'une poire en caoutchouc qu'on comprime avec la main, pour faire le vide dans le tube et obliger l'eau à y pénétrer.

Le tube A de la figure est le tube d'arrivée ; il est noir.

Le tube B est le tube de sortie ; il est blanc.

Cette distinction des tubes par la couleur serait inutile si leurs lumières étaient égales.

VARIÉTÉS.

A NOS LECTEURS.

Il n'a jamais été et il n'est pas dans les habitudes de notre journal d'intervenir dans les questions qui peuvent intéresser même le corps médical sans avoir trait à la science ou à la pratique.

En présence des accusations portées contre la Faculté de médecine, nous nous sorions encore abstenu, si le soin de notre honneur mis en cause ne nous commandait une légitime défense. On a invoqué notre témoignage, on nous a cité nominativement comme témoin ou plutôt comme dénonciateur dans une enquête qui devait aboutir à une éclatante dénégation. Nous avons la consolation de croire que, parmi nos lecteurs, pas un n'a pu ajouter foi à cette calomnieuse erreur ; néanmoins notre devoir est, en protestant de nouveau par un démenti formel, de mettre sous les yeux de nos lecteurs ce qu'on nous permettra d'appeler *les pièces à conviction* (1).

F. Bricheteau.

« Paris, le 24 mai 1866.

« Monsieur le président,

« Un incident s'est élevé hier au Sénat, relativement à des paroles qu'aurait prononcées dans son cours un professeur de l'École de médecine, deux jours auparavant. Le docteur Machelard, médecin du bureau de bienfaisance du 6e arrondissement, m'avait affirmé avant-hier soir avoir entendu de la bouche de M. Sée le mot *âme* dans une phrase à laquelle ce mot donnait un caractère matérialiste. Ce témoin m'a dit que M. Bricheteau était présent, qu'il devait avoir entendu les mêmes paroles et pourrait rendre le même témoignage. Il me parla aussi de la présence de M. Ollivier, mais d'une manière moins affirmative. Voilà pourquoi j'ai cité moi-même son nom d'une manière dubitative.

« On prétend que M. Machelard s'était trompé, et qu'au lieu de l'*âme*, c'était

(1) La loi sur la presse nous interdisant de reproduire les comptes rendus officiels, ceux de nos lecteurs qui voudront approfondir la question seront forcés de consulter *le Moniteur* du 24 mai 1868, p. 718, quatrième colonne.

de l'*art* qu'avait parlé M. Sée. En présence de la dénégation de ce professeur, je ne puis contester l'erreur qui aurait été commise. Mais ce que je ne comprends pas, c'est comment, en corrigeant les épreuves du *Moniteur*, j'ai laissé passer ces lignes où il est dit : « Je vais nommer les témoins qui m'ont affirmé « le fait de vive voix. »

« Il est évident que cette locution est inexacte, et que si je me suis appuyé sur deux témoins, un seul m'avait parlé.

« J'ai l'honneur d'adresser ces observations à Votre Excellence dans l'intérêt de la vérité.

« Veuillez agréer, etc. H. card. de Bonnechose,

Archevêque de Rouen.

« Monsieur le président,

« Dans le discours qu'il a prononcé au Sénat, à propos de la liberté de l'enseignement supérieur, M. le cardinal de Bonoechose, citant un passage du cours de M. le professeur Sée, dont le texte et le sens avaient été altérés par ceux qui le lui ont personnellement rapporté, joignait mon nom aux noms de ces messieurs, tout en voulant bien déclarer qu'il n'était pas sûr de ma présence au cours.

« Je ne connais rien aux restrictions mentales, et je me plais à déclarer que j'étais présent au cours de M. Sée, dont j'ai l'honneur d'être l'élève et l'ami dévoué : j'ai pour son caractère, pour son enseignement et pour ses doctrines, la sympathie et l'estime les plus grandes.

« Quant à M. le cardinal de Bonoechose, je ne l'ai jamais vu, et je regrette beaucoup de ne pas le connaître; mais je regrette surtout, pour lui, la mystification dont il a été victime, et, pour moi, la nécessité où je me trouve de vous écrire cette lettre, et d'occuper, pour si peu que ce soit, le public de mon humble personne.

« Veuillez agréer, etc. A. Ollivier. »

« Monsieur le président,

« Une absence de plusieurs jours, pendant lesquels je n'ai pu lire aucun journal, m'a seule empêché de me joindre à la protestation du docteur Ollivier.

« Je déclare sur l'honneur que, pas plus que lui, je n'ai jamais vu ni M. le cardinal de Bonuechose, ni M. Machelard. Je n'ai donc pu leur attester l'authenticité de la phrase attribuée à M. Sée. J'étais au cours, que je suis régulièrement, et je puis au contraire affirmer qu'elle a été prononcée telle que le professeur l'a rectifiée.

« Daignez agréer, monsieur le président, etc. Dr Bricheteau. »

« Paris, 25 mai.

« A Monsieur le rédacteur du *Journal des Villes et des Campagnes*,

« Vous avez inséré, dans votre numéro du 23 mai, un article dont je vous avais fourni les éléments, les livrant bien plus à l'appréciation de l'auteur d'une pétition célèbre qu'à celle du journaliste. En vous communiquant le récit d'un épisode d'une leçon récente de M. Sée, j'étais entraîné par le sentiment d'un devoir à accomplir, et je me bornais à obéir à l'impulsion d'une inspiration exclusivement personnelle.

« Mieux éclairé aujourd'hui, je n'hésite pas à m'acquitter d'un autre devoir

pénible sans doute, mais en présence duquel ma conscience ne me permet pas de reculer un seul instant.

« Je reconnais donc que j'ai commis une erreur, qui excite mes plus vifs regrets, mais je m'empresse d'ajouter, et j'espère que ceux qui connaissent mes modestes antécédents en croiront ma parole : le sens de l'ouïe, *sans doute encore péniblement impressionné par quelques passages de précédentes leçons*, a été au fond seul coupable, et il n'y a eu de ma part aucune manœuvre perfidement méditée.

« Certes, le résultat prouve assez que ma conduite n'a pas été exempte d'une certaine légèreté, qui trouvera, en partie du moins, son excuse dans l'émotion provoquée par une discussion solennelle ; mais j'aime à me persuader que ma moralité sortira de cette pénible épreuve sans subir une véritable atteinte. Dans tous les cas, je suis de ceux qui se résignent aux conséquences de leurs actes, et qui savent les accepter dans toute leur étendue.

« Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, avec l'expression de mes remercîments pour l'insertion de ma lettre, l'assurance de mes sentiments distingués.

« MACHELARD. »

« Monsieur le président,

« . . . . J'ai aussi à me reprocher de n'avoir pas été sans doute suffisamment clair et précis dans les renseignements que j'ai été appelé, un peu tardivement (vendredi, à une heure avancée de la soirée), à fournir à l'éminent cardinal de Rouen. Mon intention était de me donner comme le seul auditeur qui devait être mis en avant. Quant à la mention de mes deux honorables confrères, MM. Bricheteau et Ollivier, que je vois assister habituellement aux leçons du professeur Sée, elle avait eu un caractère simplement accessoire.

« C'était une sorte de réserve qui devait être invoquée, à titre de contrôle de mon témoignage, dans le cas où il semblerait insuffisant, et où une enquête serait jugée nécessaire. C'est seulement dans ces termes que j'ai dû signaler le concours possible de MM. Bricheteau et Ollivier, si l'on croyait opportun de faire appel à leur bonne foi. Dans ma pensée, leur intervention était donc simplement éventuelle, et je ne pouvais pas avoir la moindre idée de leur faire partager une responsabilité qui m'appartenait en entier, puisque je n'avais pas eu la précaution de me mettre en communication avec eux, et d'échanger nos mutuelles impressions, ce que je reconnais constituer un de mes torts. Comme excuse à cet égard, il me sera permis d'ajouter que je ne comptais pas alors avoir bien plus tard l'occasion de faire usage du fragment de leçon que j'ai mal interprété. En résumé, il y aura eu probablement dans mon langage une certaine confusion, et elle aura eu son reflet dans le récit présenté par Mgr de Bonnechose.

« Telle est, réduite à sa véritable expression, la part qui me revient dans l'incident qui a provoqué la lettre du docteur Ollivier. Au fond, dans cette regrettable affaire, il n'y a qu'un seul coupable, celui qui s'est mis dans la triste nécessité d'écrire cette rectification. Bien que j'aie déjà rendu publique la manifestation de mes regrets, je suis tout disposé à profiter de cette occasion pour la renouveler. Je n'hésite pas à avouer que j'ai commis une énorme méprise, dans laquelle j'ai été confirmé par une salve d'applaudissements dont je n'ai pas compris le sens véritable ; mais je repousse, de la manière la plus formelle, l'idée d'une mystification admise par le docteur Ollivier.

« Recevez, monsieur le président, etc.

« MACHELARD. »

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Etude comparative de la gastro-entéralgie et de la dyspepsie gastro-entéralgique ;

Par le docteur Guipon, médecin en chef des hôpitaux de Laon, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.

Pour beaucoup de médecins, et des plus habiles, les mots *gastralgie, gastro-entéralgie*, et *dyspepsie* plus ou moins accompagnée de douleurs, sont absolument synonymes, comme au temps de J. Franck et de Barras, qui ont cru, bien à tort, être en progrès sur les anciens en préférant à la dénomination plus vraie et plus naturelle de dyspepsie, celles de *cardialgie* et de *gastro-entéralgie*, sous lesquelles ces auteurs comprirent les différents troubles fonctionnels et nerveux de la digestion. Avec les apparences d'une plus grande simplicité, cette manière d'envisager la maladie cachait et a servi à propager deux erreurs : la première, sur laquelle je crois m'être suffisamment expliqué ailleurs (1), consiste à considérer l'élément douleur comme capital et constant dans la dyspepsie, ce qui est inexact dans bien des cas, la plupart de ses formes étant peu douloureuses ou ne l'étant pas du tout ; la seconde tend à faire croire, et plus d'un médecin est tombé dans cette méprise, que toutes les fois que les organes digestifs sont affectés douloureusement, il y a gastralgie, c'est-à-dire dyspepsie. Si ce n'était là qu'abus de langage, encore que le langage scientifique ne puisse être trop précis, il n'y aurait pas trop à s'en émouvoir ; mais la confusion des mots entraîne souvent la confusion des idées, et la pratique est si directement en cause dansla question, qu'il est utile et même nécessaire d'éclairer sa marche. Bien que j'aie aussi, dans le travail que je viens de rappeler (2), accordé à cette étude l'attention qu'elle mérite, je pense que quelques faits cliniques venant à l'appui des considérations déjà émises ou de celles que l'expérience m'autorise à y ajouter, en démontreront mieux la justesse et dissiperont plus facilement les hésitations, les doutes, qui peuvent encore exister dans quelques esprits.

Qu'est-ce donc que la gastro-entéralgie et la dyspepsie gastro-en-

(1) *Traité de la dyspepsie*, p. 7, et *passim*.
(2) *Ibid.*, page 183.

téralgique? A quels signes les reconnaître? Quel traitement leur appliquer?

La gastro-entéralgie simple et la dyspepsie gastro-entéralgique ont pour fond commun d'être des névroses portant sur la sensibilité des organes de la digestion; rien donc de surprenant qu'on ait tout d'abord conclu à leur identité. En y regardant de plus près, on ne tarde pas à découvrir que l'analogie ne va pas au delà de ce rapprochement de nature, que la gastro-entéralgie a une existence propre, plus ou moins indépendante des fonctions digestives ou ne subissant leur influence que d'une manière indirecte, secondaire; que la dyspepsie gastro-entéralgique, au contraire, est en rapport intime avec ces fonctions, de telle sorte qu'en supprimant momentanément la fonction ou en la modifiant, on supprime la douleur qui s'y rattache; qu'en un mot, la gastro-entéralgie est une névralgie et la dyspepsie gastro-entéralgique un trouble, une maladie de la digestion. A ce caractère général s'en joignent de particuliers qui achèvent d'accentuer la différence entre ces deux ordres d'accidents morbides.

En effet, la gastro-entéralgie, tout en pouvant être exaltée par le travail de la digestion, apparaît et persiste en dehors de cette condition physiologique; elle se manifeste chez des personnes atteintes actuellement ou antérieurement de névralgies de la tête, du tronc, des membres ou d'autres viscères; elle alterne souvent avec ces mêmes névralgies et peut parfois n'être considérée que comme un phénomène métastatique; elle prend, de même qu'elles, un caractère de rémittence ou de périodicité franchement accusé; le froid, le froid humide surtout, la détermine ou l'exaspère, tandis que le froid *intus* et *extra* est un des sédatifs les moins infidèles de la dyspepsie douloureuse; enfin, les causes les plus ordinaires de cette dernière affection, telles que la mauvaise qualité des aliments, leur surabondance, l'excès de fatigue, les grandes émotions, etc., font plus ou moins défaut dans la gastro-entéralgie essentielle. Pour achever ce parallèle qui n'est autre que la base même du diagnostic, disons que l'adage thérapeutique *naturam morborum ostendit curatio* confirme et complète les données précédentes : en effet, les narcotiques, d'une utilité relative seulement dans les digestions douloureuses, et les antipériodiques qui y sont de nul effet et sans raison d'être, jouissent dans la gastro-entéralgie d'une efficacité souvent aussi prompte que décisive, quand on les applique convenablement, et en général ils atténuent, épuisent, si je puis dire, l'élément névralgique ou le rejettent sur son siége habituel.

Voilà la situation telle qu'elle se présente le plus ordinairement dans la pratique; et, avec ces points de repère et un peu de réflexion, il n'est pas de médecin qui ne puisse s'en rendre maître ou la comprendre clairement, ce qui est déjà la moitié du succès. Il est malheureusement des cas plus compliqués, assez rares à la vérité, où la névralgie viscérale se combine, se surajoute à une des formes habituelles de la dyspepsie, la *flatulente*, l'*acide*, l'*atonique*. C'est quand on a été témoin de ces états complexes, désespoir du malade et du médecin, qu'on apprécie le secours d'un diagnostic rigoureux, positif, les bienfaits d'une analyse patiente, fastidieuse peut-être, mais qui seule apporte la lumière au milieu de tous ces signes confus et en apparence incohérents. Les caractères distinctifs généraux et particuliers que je viens d'énoncer, auxquels on devra ajouter ceux qui appartiennent en propre à la dyspepsie et à la variété de dyspepsie observée, seront de sûrs moyens de se tirer du doute et d'échapper à l'erreur. Avec un peu d'expérience et toujours avec une attention bien dirigée, ces problèmes de la médecine journalière deviennent un jeu pour l'esprit et une source légitime de succès et de crédit.

Il nous reste à appuyer ces considérations de quelques exemples qui en feront mieux ressortir le caractère et la portée.

1re CATÉGORIE.

GASTRO-ENTÉRALGIES ET DYSPEPSIES GASTRO-ENTÉRALGIQUES FACILES A RECONNAÎTRE, PAR SUITE DE LEUR ISOLEMENT, DE LEUR ORIGINE, OU DE LEURS SYMPTÔMES BIEN TRANCHÉS.

OBS. I. *Gastralgie simple guérie rapidement par les narcotiques.* — Un Espagnol, âgé de trente-cinq ans environ, grand, d'une constitution primitivement forte, de tempérament bilieux lymphatique, me raconte qu'il est tombé malade après avoir travaillé longtemps et dans l'eau au port de Carthagène. A son récit très-mêlé d'images, je crus d'abord qu'il était atteint de tænia, d'autant plus qu'il m'avoua avoir rendu par les selles plusieurs lambeaux rubannés; je le traitai en conséquence par la racine de grenadier, avec une forte dose d'huile de ricin avant et après. Effet purgatif considérable, mais nulle trace de l'affection supposée.

10 mai 1855. Le malade, très-fatigué, ne se perd plus en vaines paroles et accuse simplement une violente douleur d'estomac avec pyrosis, calmée en apparence par le manger et revenant plus forte ensuite; la douleur est en ceinture et cause une sensation d'arrachement; elle est parfois très-vive vers le point du dos correspondant à l'épigastre. Les médecins de son pays ont conseillé plusieurs remèdes qui ont échoué. Le malade, épuisé par huit mois de souf-

frances, est venu en Afrique, avec l'espoir que les médecins français le guériraient. Je ne songeai plus au tænia, mais à une gastralgie proprement dite et je prescrivis les pilules de stramoine, à 5 centigrammes chacune, de trois en trois heures jusqu'à soulagement complet.

11. Le malade a pris cinq pilules; sensation de bien-être; sommeil; le pyrosis seul persiste; encore cinq pilules; magnésie décarbonatée, une bonne pointe de couteau avant chaque repas.

12. Plus de douleurs; pyrosis moindre; insister sur la magnésie, diminuer progressivement les pilules.

13. Mieux des plus satisfaisants; même traitement, eau ferrée aux repas.

Cette amélioration ne s'est pas démentie; les forces du malade sont revenues rapidement.

Obs. II. *Dyspepsie gastralgique (variété cardialgique) avec vomissements. Prompte guérison avec le bismuth uni à la morphine et avec un régime approprié.* — 16 novembre 1865. Femme âgée de quarante-cinq ans, n'ayant plus ses règles depuis un an, constitution moyenne assez délicate, ayant beaucoup maigri, travaillant habituellement aux champs, se plaint depuis un an de troubles digestifs consistant en douleurs aiguës, cuisantes, siégeant à la hauteur du cardia, derrière la portion cartilagineuse des dernières côtes gauches, et existant concurremment dans la région dorsale correspondante, remontant souvent jusqu'à mi-hauteur de l'œsophage, suivant ordinairement la descente du bol alimentaire dans l'estomac, mais plus prononcées une demi-heure après, accompagnées ou suivies de rapports nidoreux et fréquemmemment du rejet des aliments par le vomissement; après quoi tout se calme, à part un engourdissement pénible de l'estomac. Au reste, conservation de l'appétit, qui est souvent très-vif et cause des tiraillements et des crampes d'estomac.

Son médecin lui a prescrit diverses poudres et des calmants, sans aucun profit.

Le palper ne me fait découvrir qu'une douleur assez obscure de l'épigastre; il se produit une tension des muscles droits abdominaux qui en imposerait aisément pour une tumeur.

Sous-nitrate de bismuth.................	25 centigrammes.
Lactate de soude.......................	10 —
Sulfate de morphine....................	25 milligrammes.

F. s. a. 16 doses semblables; à prendre une avant chaque repas, deux fois par jour;

Frictions sur tout l'épigastre matin et soir avec un glycérolé calmant;

Deux bains salés par semaine;

Régime animal léger; laitage; vin de Bordeaux; éviter les fruits, les légumes, les farineux.

L'amélioration n'a pas tardé à suivre cette médication.

Je pourrais rapporter nombre de faits de ce genre. Quand la

dyspepsie gastralgique est d'invasion récente, qu'elle appartient par conséquent au groupe que j'ai distingué, pour ce motif, sous le nom de *dyspepsies aiguës*, l'art est des plus puissants pour les guérir, à la condition de combiner les prescriptions diététiques à la médication proprement dite. L'une ne peut guère se passer des autres, et si l'on hésite, si l'on temporise, on risque de laisser s'établir l'habitude morbide, c'est-à-dire de favoriser le passage de la forme aiguë à la forme chronique, pour le plus grand ennui du malade et souvent du médecin.

Obs. III. *Gastralgie intense et opiniâtre chez une jeune fille; chloro-anémie. Amélioration avec les sédatifs proprement dits; les toniques et l'hygiène complètent la guérison.* — 22 mars 1865. Jeune fille de treize ans, non encore formée, pensionnaire dans un grand établissement de Paris depuis plusieurs années, impressionnable et nerveuse, fille de mère très-nerveuse et sujette aux névroses douloureuses, ayant été atteinte elle-même, dès l'âge de trois ans et successivement depuis, d'entéralgie, de gastralgie, de douleurs précordiales et céphaliques. En décembre 1864, divers moyens de traitement lui sont prescrits par le médecin, entre autres des vésicatoires, le sulfate de quinine, le quinquina.

Appelé près d'elle dans sa famille, je constate chez cette jeune personne un manque de force et d'appétit, de la tristesse, de la faiblesse du pouls, enfin des symptômes de chloro-anémie, et je me contente de prescrire pour tout traitement une hygiène large et rationnelle, des sorties fréquentes, de la distraction, des bains simples, puis salés. Quelques semaines plus tard, l'appétit se réveillant difficilement, force fut de revenir au quinquina, au sirop d'écorces d'orange, au fer soluble, auxquels je ne tardai pas à joindre les ablutions froides. Amélioration momentanée, retour de l'appétit, mais digestions douloureuses, difficiles, que je cherchai à combattre par le bismuth, le lactate de soude, la pepsine, la codéine unie à l'aconit, les infusions aromatiques prises pendant les digestions, tout en insistant sur les moyens hygiéniques et sur le fer. Soulagement marqué, puis reprise intense et continue de douleurs gastralgiques, siégeant dans tout le creux épigastrique et dans la région dorsale correspondante, accrues par le travail digestif, mais existant en dehors de lui, caractérisées surtout par des élancements. Cette recrudescence est attribuée par la jeune malade, qui est aussi intelligente que docile, au froid très-vif qui existe depuis quelques jours et surtout à l'influence d'un vent violent et très-froid, à laquelle elle a été exposée dans une de ses dernières promenades.

Prescription : suspendre le traitement suivi jusqu'ici ; le remplacer par le sirop de narcéine à la dose d'une demie à une cuillerée à bouche, pris principalement avant les repas, et par des frictions faites largement et pendant cinq minutes à l'épigastre, trois fois par jour, avec le glycérolé calmant [1], en laissant en place

[1] Ce glycérolé, dont la composition n'est autre que celle du baume tran-

une flanelle imbibée du liquide, le tout recouvert d'une pièce de ouate.

La guérison a été obtenue très-lentement, mais elle est devenue définitive, grâce à un voyage d'agrément. L'hygiène morale a donc complété heureusement ce que le traitement domestique avait ébauché.

Obs. IV. *Névralgie ambulante, d'abord externe, puis interne ou viscérale; gastro-hépatalgie; ictère secondaire. Succès, puis intolérance du sulfate de quinine; prompte amélioration avec la stramoine.* — Dame de quarante ans, tempérament lymphatique nerveux, s'agitant et se fatiguant beaucoup; ménopause depuis l'âge de vingt-huit ans, ayant occasionné des troubles généraux répétés et sérieux, caractérisés par des accès de dyspnée qui ont nécessité souvent la saignée ou les sangsues.

Névralgies faciales fréquentes.

Le 10 décembre 1863. Retour des oppressions avec intensité extrême: saignée du bras et antispasmodiques.

Le 14. Tout est rentré dans l'ordre, sauf un peu de faiblesse; je cesse mes visites.

Le 19. A la suite d'imprudences, de fatigues, d'exposition à un air froid et humide, douleurs névralgiques, non plus à la tête, comme d'habitude, mais dans le dos et la poitrine avec un caractère rémittent prononcé, le paroxysme nocturne étant bien dessiné.

Bisulfate de quinine en solution, à doses réfractées et d'heure en heure, 5, puis 3 et 2 décigrammes, en tout 15 décigrammes; frictions avec un liniment fortement calmant.

Le 23. Le traitement a eu tout le résultat désirable; et je suspends de nouveau mes visites en prescrivant le vin de quinquina et de grandes précautions.

Le 27. Réapparition des douleurs qui affectent le type dorso-lombaire, et sont dues à de nouvelles imprudences et à un refroidissement.

Je prescris encore le sulfate de quinine comme plus haut, mais à la dose de 1 gramme et additionné de 5 gouttes de laudanum.

Le 29. L'inappétence, les vomissements, les nausées continuelles, accompagnées de surdité, de vertige, me forcent à renoncer à la préparation quinique.

Diète, boissons légères; expectation.

Le 31. Reprise plus violente que jamais des douleurs qui sont plus continues et siégent maintenant à l'épigastre, à l'hypochondre droit, dans la région hépatique, avec irradiation vers les reins et le long des uretères, principalement à droite. Ce n'est que dans les fortes crises qu'il y a propagation des deux côtés. Ictère prononcé, urines noires caractéristiques; pouls presque normal, plutôt ralenti

---

quille, dans laquelle la glycérine remplace l'huile, me rend, depuis plusieurs années que je l'emploie, les plus grands services. On sait que ce résultat s'explique par la solubilité plus prononcée des narcotiques dans la glycérine. Des confrères à qui j'ai recommandé cette préparation s'en louent également.

qu'accéléré ; sensibilité de l'épigastre et sous les fausses côtes droites. Rien de particulier à la palpation ni à la percussion.

Limonade purgative; cataplasmes fortement laudanisés, frictions calmantes.

Le 1er janvier 1864. Amélioration nulle ; la malade demande instamment qu'on lui calme ses douleurs qui la désespèrent.

Pilules d'extrait de stramoine, 25 milligrammes, avec extrait de valériane, 5 centigrammes ; de trois en trois heures jusqu'à soulagement.

Le 2. Amélioration des plus marquées dès la quatrième pilule ; j'en fais néanmoins porter le nombre à six; encore un verre de limonade chaque jour.

Le 4. Cessation complète des douleurs ; disparition de l'ictère ; retour de l'appétit.

Je prescris une pilule, matin et soir, pendant plusieurs jours, par mesure de précaution.

Le 11. État toujours satisfaisant; vin de quinquina.

Obs. V. *Dyspepsie gastralgique chronique, liée à une chloro-anémie cachée, rebelle à de nombreux moyens curatifs, guérie par les narcotiques et surtout par les analeptiques.* — Mme X***, femme d'un colon aisé des environs de Mostaganem, autrefois négociant à Marseille, âgée de quarante-huit ans, forte constitution, tempérament lymphatique-sanguin, native de Paris; en Afrique depuis quelques années.

Cette dame rapporte qu'elle souffre de sa gastralgie depuis nombre d'années, mais surtout depuis un an; qu'elle a consulté des médecins de toutes les écoles, à Paris et dans le Midi, qu'elle s'est mise entre les mains d'un homœopathe, l'an dernier, à Paris ; qu'on l'a à peine soulagée, bien que tous fussent d'accord sur la nature de sa maladie; qu'on a passé en revue une foule de médications, etc.

Les douleurs accusées par la malade ont pour siége l'épigastre ; elles existent trois ou quatre heures après les repas, et souvent elles se prolongent pendant toute la durée de la nuit ; elles ressemblent tantôt à des tiraillements, à des élancements très-aigus, plus souvent à des tortillements ou à des crampes ; point de nausées ni de vomissements ; quant à l'appétit, la malade prétend n'en avoir jamais ressenti de sa vie. Point de tumeur ni de douleur au toucher. Rien d'appréciable non plus du côté du foie.

Connaissant la corrélation qui existe entre les troubles de la menstruation et les affections de l'estomac, je porte mon attention de ce côté et j'apprends que Mme X*** avait commencé à être réglée dès l'âge de huit ans pendant six mois, qu'il y avait eu un temps d'arrêt de trois ans, et que, depuis lors, elle n'avait pas cessé de l'être, excepté pendant une unique grossesse, qui s'est bien passée. Mais depuis longtemps, les menstrues sont très-abondantes, durent sept à huit jours, et c'est alors surtout que les symptômes gastralgiques sont insupportables.

Point de flueurs blanches ; mais essoufflements, bruits assez fréquents des oreilles, palpitations, constipation, froid des pieds, malgré des occupations très-actives.

Je crus voir, après cet exposé de circonstances, que les médecins s'en étaient laissé imposer par l'aspect robuste de la malade, par son teint fortement coloré, et qu'on avait à tort admis l'essentialité des accidents gastriques, qui, pour moi, n'étaient que secondaires à une chloro-anémie.

Mon plan de traitement fut donc d'attaquer l'affection stomacale, ce qui importait le plus, et de recourir ensuite à une médication franchement analeptique.

Du 12 août 1854, où je fus consulté, au 22 octobre, la malade prit de la poudre de carbonate de fer jusqu'à 2 grammes par jour; de la tisane de valériane, de 8 à 16 grammes par litre; du sirop de morphine, avant les repas, depuis deux jusqu'à huit *petites cuillerées*, deux fois par jour; un vésicatoire fut appliqué sur l'épigastre et pansé avec du chlorhydrate de morphine, depuis 1 jusqu'à 6 centigrammes et plus. Je n'obtins qu'un effet insignifiant. Les inconvénients de ce traitement furent seuls bien sensibles, car la constipation devint excessive (selle tous les huit à douze jours), et la morphine produisit des *insomnies fatigantes*.

Le 25 octobre, je modifiai donc le traitement; je prescrivis les pilules de Vallet unies à l'extrait de valériane et à l'aloès, et contre les douleurs gastralgiques, les pilules de stramoine à 5 centigrammes.

Le résultat de cette seconde médication fut aussi prompt que décisif. La malade prit quarante des dernières pilules, du 26 octobre au 15 novembre, en ménageant des interruptions, ainsi que je l'avais conseillé. La dose la plus élevée ne dépassa pas quatre par jour; les premières seules causèrent des troubles marqués de la vision.

Malgré la cessation des douleurs, je fis comprendre l'importance du traitement ferrugineux, qui fut continué encore pendant un mois.

Le 13 décembre, le succès était assez assuré pour que le mari de la malade vînt me remercier, en m'avouant qu'il n'avait jamais cru à la possibilité d'une guérison.

Obs. VI. *Névralgie gastro-hépatique; caractères non douteux; grande intensité; prompte guérison avec les antispasmodiques et les narcotiques* intus *et* extrà. — 1er mars 1857, Mme D***, femme d'un dessinateur, âgée de cinquante ans, forte, tempérament sanguin, étant, dit-elle, tourmentée par son retour d'âge, n'ayant pas eu ses règles le mois dernier, sujette aux crampes d'estomac, dont elle se soulage par des lavements de camomille; bonne santé du reste, mère de plusieurs enfants bien portants.

Depuis deux jours, reproduction des crampes d'estomac avec une violence inhabituelle; les cataplasmes et l'infusion de camomille en lavement et en tisane n'ont rien fait; il y a des intermittences, mais de plus en plus courtes, cinq minutes à peine d'intervalle; la douleur part du creux épigastrique et s'irradie dans l'hypocondre droit; elle ressemble à un tortillement, à une sorte d'arrachement; il y a eu des nausées et quelques vomissements; appétit nul; insomnies; teint jaunâtre; urines foncées; langue peu chargée; pouls faible, lent, dépressible; pendant les accès, la patiente pousse des cris, appelle la mort, se penche en avant, puis se rejette en arrière avec pandiculations, bâillements, contorsions des bras. La

pression est très-douloureuse à partir de deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic, et dans la partie moyenne de la région hépatique, vers le bord libre du foie, nulle dans le côté gauche et à l'hypogastre.

Potion avec :	Infusion de feuilles d'oranger..	125 grammes.
	Extrait de valériane...........	4 décigrammes.
	Laudanum de Sydenham.......	25 gouttes.
	Sirop d'éther.................	20 grammes.

Une cuillerée chaque demi-heure. — Cataplasmes épigastriques avec quarante gouttes de laudanum ; lavement de camomille ; tisane de camomille et de feuilles d'oranger.

Le soir, mieux presque complet, dès après la troisième cuillerée de potion. La malade est souriante et se tient dans la position horizontale ; le pouls est relevé, la pression dans les points douloureux est presque insensible.

La potion est épuisée ; 8 grammes de laudanum ont été appliqués sur plusieurs cataplasmes. Une cuillerée de potion toutes les deux heures seulement ; un seul cataplasme laudanisé pour la nuit.

Le 2. Nuit calme ; quelques heures de bon sommeil ; peu d'appétit, beaucoup de soif, langue blanche ; pouls plein, régulier, gaieté ; absence complète de douleurs spontanées et provoquées, un peu de dysurie. La teinte ictérique a augmenté, elle est sensible aux sclérotiques. — Potages ; une cuillerée de potion toutes les trois heures ; un cataplasme laudanisé matin et soir, tisane de chiendent et de feuilles d'oranger.

L'amélioration se complète rapidement et devient définitive au bout de quelques jours.

Obs. VII. *Névralgie générale avec foyer gastrique (gastralgie) principal ; nombreuses récidives. Effet palliatif remarquable et soutenu de la stramoine.* — Un homme de cabinet, âgé de quarante-cinq ans environ, très-impressionnable et craintif en état de maladie, courageux et plein d'entrain quand il se porte bien, sujet à différentes névroses depuis longues années, quoique d'une constitution forte en apparence, notamment à une gastralgie qui reparaît à peu près régulièrement au printemps et en automne, et qui, après être restée quelques jours toute locale, provoque des irradiations douloureuses, souvent insupportables, du côté du cœur, de la tête qui semble se fendre, des membres qui éprouvent comme des secousses électriques, des élancements aigus enfin du côté des lombes et jusqu'au rectum.

Nombre de médications ont été employées, tant par moi que par plusieurs autres médecins, et ont eu un résultat de moins en moins marqué : antispasmodiques à hautes doses, bains chauds et froids, simples et calmants ; hydrothérapie ; électricité ; galvanisme continu ; sulfate de quinine, et antiphlogistiques qui ont manifestement accru les douleurs.

En dernier lieu, les eaux de Néris ont paru produire un excellent résultat et ont fait espérer un instant une rupture dans les retours ordinaires de l'affection.

Le bénéfice ne fut que de six semaines environ, car les crises revinrent le 17 décembre au lieu de la fin d'octobre, échéance accoutumée. Elles ont été provoquées, comme toujours, par des occupations d'esprit exagérées.

Quelques calmants simples, les bains, le repos, la diète n'ayant pas empêché l'exaltation des douleurs dont le malade arriva promptement à se plaindre avec une énergie inquiétante, les antispasmodiques associés et unis aux révulsifs ne m'ayant plus donné une satisfaction aussi grande dans les précédentes atteintes que dans les premières, je me décidai à prescrire l'extrait de stramoine à la dose de 5 centigrammes par pilule.

Le premier jour, il en est pris cinq, et un calme assez prononcé s'ensuit.

Le deuxième jour, sept: calme et bien-être des plus prononcés; sommeil excellent, appétit. Pupilles dilatées; sécheresse de la gorge, supportable; quelques hallucinations de l'ouïe.

Maintien à sept pendant deux jours encore, puis diminution graduelle et suspension complète au 24 décembre 1865.

Le 25, reprise violente des douleurs, que je maîtrise au moyen de sept pilules prises pendant plusieurs jours avec diminution méthodique ensuite.

Calme, bien-être, lassitude, insomnies dont triomphe le laudanum en lavements, puis la codéine sous forme de sirop.

Etat nerveux qui se prolonge pendant plusieurs semaines, mais sans retour des crises.

Toniques légers; ablutions froides; distraction; ferrugineux.

Rétablissement lent, mais complet, au bout de quelques mois.

Obs. VIII. *Entéralgie avec foyers viscéraux nombreux, liée à un état chloro-anémique non douteux, consécutif lui-même à de nombreux accès de fièvre. Persistance et aggravation avec les vomi-purgatifs, etc. Amélioration rapide, puis guérison définitive par les narcotiques, les antispasmodiques à hautes doses et les reconstituants.* — M. D***, officier d'administration comptable, âgé de trente-cinq à quarante ans, de constitution primitivement robuste, tempérament bilieux-sanguin, ayant dix-sept ans de séjour presque ininterrompu en Algérie, souffrant depuis plusieurs années d'accès de fièvre intermittente irrégulière qui ne cèdent qu'avec peine à de fortes doses de sulfate de quinine, présentant enfin tous les signes de la cachexie palustre, a fait une grave maladie de même origine, à Bouffarich, il y a quelques années.

Depuis un an à quinze mois, cet officier se plaint de douleurs abdominales de plus en plus vives accompagnant généralement ses accès de fièvre. Le siége principal et permanent de ces douleurs est situé dans la région mésogastrique, mais plus intense vers le creux ombilical; pendant les fortes crises, elles s'étendent dans toute la cavité abdominale, avec retentissements distincts vers les régions épigastrique, hépatique, splénique et plus rarement rénale. C'est alors que le patient, baigné de sueurs, gémissant, se roule sur le ventre, refusant boissons et aliments. Ces paroxysmes reviennent à plusieurs reprises dans la journée, de

préférence vers la fin de la nuit; dans le reste du jour, le mal est sourd et à peu près continu. Le malade est en outre tourmenté de flatuosités gastriques, que les divers moyens employés ne sont pas parvenus à dissiper.

Du reste, pouls à peine influencé, langue large, très-peu chargée à sa base, pression non douloureuse et n'apportant pas non plus de soulagement; antécédents favorables, sauf de nombreux séjours dans les camps par de fortes chaleurs suivies d'humidité froide. Marié dans l'année, en secondes noces, à une femme plus jeune que lui d'une quinzaine d'années environ. Tristesse et concentration voisines de l'hypochondrie.

Un médecin ayant en vain, dans ces derniers temps, attaqué les douleurs par de nombreux vomi-purgatifs et n'ayant fait qu'exaspérer l'affection, pensant avoir affaire à un engorgement hépatique compliqué d'embarras gastro-intestinal, le malade, fatigué et découragé, se décide à réclamer mes conseils. Il y avait six semaines environ que cette dernière crise durait.

1er octobre 1854. M'appuyant sur les signes énoncés plus haut, auxquels je dois ajouter l'absence de tous symptômes auxquels il est si facile, en Algérie, de reconnaître l'engorgement des viscères abdominaux, et, d'ailleurs, trouvant une grande lumière dans la répétition et l'influence des accès fébriles, ne pouvant méconnaître la corrélation étroite des douleurs abdominales avec la cachexie chloro-anémique palustre, je diagnostique une névralgie intestinale liée à l'altération constitutionnelle. Les retentissements douloureux passagers, et seulement durant les fortes crises, dans les régions de l'estomac, du foie, de la rate, des reins, ne sont, à mes yeux, que des indices de la participation des différents plexus ganglionnaires abdominaux et comme autant de foyers secondaires de la névralgie viscérale que j'appellerais volontiers *cœliaque*, si je voulais me conformer strictement aux lois tant soit peu artificielles des foyers douloureux établies par Valleix.

Quoi qu'il en soit, l'indication thérapeutique était bien simple et était dictée par le diagnostic lui-même : dissiper d'abord les douleurs, puis appliquer un traitement général reconstituant, seul capable d'amener une guérison solide, c'est-à-dire de prévenir les retours de la névrose abdominale.

Pilules d'extrait de stramoine, à 5 centigrammes, à prendre de trois en trois heures jusqu'à soulagement ; infusion carminative.

2 octobre. Le malade, un peu soulagé, n'a pris que deux pilules, le pouls est tombé à 60; prendre 5 pilules; lavement d'huile et de sel.

3 octobre. Douleurs vives, mais seulement la nuit; deux garde-robes; pouls encore moins fréquent; pas de troubles physiologiques causés par les pilules; en porter le nombre à 7, en mettant au moins trois heures d'intervalle entre chaque.

4-5 octobre. Sommeil de six heures la nuit; douleurs faibles, puis nulles; 76 pulsations; troubles de la vue seulement en lisant; garde-robes naturelles, ce à quoi le malade n'est plus habitué

depuis longtemps ; flatulence moindre, mais encore fatigante : se maintenir à sept pilules.

6-7 octobre. Douleurs nulles ; troubles de la vue plus grands; état inquiet du malade ; selles toujours spontanées et assez nombreuses, effet dû au narcotique, qui agit sur les tuniques intestinales à la manière de la belladone; cinq pilules seulement.

8-11 octobre. Cessation à peu près complète de l'entéralgie, appétit, sommeil; satisfaction très-grande; le malade veut absolument faire un voyage d'une vingtaine de lieues, qu'il remet depuis sa maladie; je lui recommande de continuer à prendre des pilules, car je ne considère pas ce mieux comme décisif.

15 octobre. A son retour, cet officier me dit qu'il a pris quatre pilules par jour, qu'il a eu un accès de fièvre à la suite des fatigues excessives de la route; vive recrudescence des douleurs; les symptômes du début se renouvellent avec plus d'anxiété; je prescris une pilule toutes les trois heures; il en est pris sept.

16-21 octobre. Peu d'amélioration; troubles de la vue excessifs, sécheresse du gosier; picotements de tout le corps; inquiétude et découragement du malade, qui voit lui échapper son moyen de salut; quelques frissons; suspendre et se borner à des moyens simples.

22-23 octobre. Accès de fièvre avec stade de sueur prolongé; exacerbation violente des douleurs; découragement, le malade ne quitte ni jour ni nuit la position horizontale sur le ventre, contre lequel il croise ses mains; refus de prendre des aliments; flatuosités insupportables et difficiles à expulser; il veut retourner en France au plus tôt, attribuant son mal au climat d'Afrique. — Pilules de sulfate de quinine, 1 gramme, avec extrait de valériane, 1 gramme, extrait d'opium, 1 décigramme; puis le sulfate de quinine est porté à 15 décigrammes dans les vingt-quatre heures.

24-25 octobre. Les accès se dissipent; les douleurs seules persistent; redoutant les effets du sulfate de quinine sur un système nerveux aussi susceptible, je fais continuer l'extrait de valériane uni à l'opium, à la dose de 8 décigrammes pour le premier et de 1 décigramme pour le second.

26 octobre. Persistance et parfois violence extrême des douleurs, notamment le matin; je vois le malade plusieurs fois dans la journée; le soir, il y a plus de calme; il est au désespoir; des cataplasmes sinapisés ont seuls apporté un peu de soulagement, mais de très-courte durée; le malade ayant usé de toutes sortes de liniments, de potions et de lavements calmants, ne veut plus en entendre parler; il répugne également aux pilules de stramoine, et, à vrai dire, je partage un peu sa répulsion. Je prescris une mixture composée d'eau distillée de menthe, 60 grammes, avec teinture d'aconit napel, 30 gouttes, à prendre à doses croissantes comme pour l'extrait de stramoine jusqu'à cessation des douleurs.

27 octobre. Mieux des plus sensibles; continuer.

28-29 octobre. Mieux aussi complet que possible; le moral est relevé ; non-seulement les douleurs, mais les flatulences et la constipation ont cédé. Sans plus tarder, en même temps que je con-

seille de continuer la mixture à doses décroissantes pendant quelques jours, j'institue le traitement général, duquel seul j'attends la guérison définitive: pilules avec masse de Vallet, *asa fœtida* et aloès suivant les errements ordinaires du traitement ferrugineux; vin de quinquina; tisane amère; bains sulfureux; analeptiques; exercices, distractions, double ceinture de flanelle sur le ventre.

4 novembre. Les forces se rétablissent, l'appétit et le sommeil sont excellents; à la suite du premier bain, accès de fièvre; je passe outre, mais en notant que la névralgie n'a pas reparu comme à l'ordinaire.

11 novembre. Progrès rapides dans le mieux; le malade, gai, dispos, fait de longues courses à pied à la campagne, a repris son service, ne songe plus à rentrer en France.

28 novembre. Le visage se colore; les dispositions morales sont excellentes; les bains n'ont plus causé d'accès fébriles. Les pilules relâchent seulement un peu; je les modifie du côté de l'aloès; l'amélioration se complète de plus en plus et devient aussi satisfaisante que possible.

Dans ce premier groupe de faits, où nous avons entremêlé à dessein les cas simples, nettement caractérisés, de gastralgie et d'entéralgie proprement dites, de dyspepsie douloureuse, et les cas plus variés, plus complexes de ces mêmes types morbides, ainsi que la pratique en fournit tant d'exemples, le doute, l'incertitude ne sont possibles que si l'esprit n'est nullement préparé à aborder ces difficultés, peu sérieuses au fond, ou si l'on subit l'impulsion d'un jugement rapide, superficiel, ou si enfin une théorie préconçue et systématique obscurcit la vue et fausse le jugement, ce qui est beaucoup plus fâcheux, car l'ignorance et l'inadvertance peuvent se corriger par le sentiment de la responsabilité, par l'amour-propre professionnel bien entendu, tandis que les erreurs qui ont un point de départ théorique et systématique, se répètent sans profit et ne se dissipent qu'avec des efforts de réflexion et un courage d'opinion dont peu d'hommes sont capables. La libre appréciation des idées d'autrui n'est pas seule nécessaire à la pratique intelligente et féconde de l'art, il faut une autre condition non moins essentielle, et à laquelle pourtant on ne pense guère, c'est l'indépendance du médecin vis-à-vis de lui-même, c'est-à-dire l'absence de parti pris, de sujétion aux doctrines absolues et surtout de la routine, ce sommeil des facultés de notre être pensant, durant lequel on ne voit qu'à moitié, quand on ne voit pas de travers.

Jetons les yeux maintenant sur une autre série de faits, heureusement moins nombreux, où le diagnostic est entouré des plus grandes difficultés, par suite de la complication, de l'enchevêtre-

ment des types précédemment étudiés. Il nous suffira d'en donner quelques exemples.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des usages thérapeutiques de l'acide thymique;

Par le docteur A. PAQUET, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lille.

La série des agents chimiques antiseptiques et antiputrides employés en thérapeutique compte déjà un grand nombre de substances.

L'acide thymique, que nous proposons aujourd'hui appartient à la classe des carbures d'hydrogène oxydés: il est congénère de l'acide phénique, et jouit de propriétés analogues à celles de cet acide, qu'il nous a paru devoir remplacer avantageusement dans un grand nombre de cas. Nous nous sommes assuré, depuis six mois, par de nombreuses expériences, de la valeur de ce produit organique, et nous pensons qu'il mérite, à plus d'un titre, une place importante dans la série des moyens que le chirurgien emploie comme désinfectant, ou dans le but de modifier les plaies de mauvaise nature et d'obteuir leur cicatrisation rapide.

Nous allons mentionner quelques-uns des résultats que nous avons obtenus, puis nous donnerons les raisons qui nous font préférer à l'acide phénique le nouvel agent thérapeutique que nous proposons.

Obs. I. Mme B***, demeurant à Roubaix, fut opérée, en janvier 1868, d'une tumeur du sein droit : après l'ablation de la tumeur et des ganglions axillaires, des points de suture furent posés dans presque toute l'étendue de la plaie, en ne laissant libre que l'angle interne, de manière à obtenir dans ces points une réunion par première intention : sous ces points de suture, on plaça un tube à drainage dans le but de servir de conducteur au pus qui pourrait se former dans la profondeur de la plaie. Le tout fut recouvert d'une feuille très-mince de gutta-percha. La réunion immédiate eut lieu dans toute l'étendue occupée par les sutures. Au cinquième jour, la peau qui avoisinait l'angle interne de la plaie devint rouge, tendue, douloureuse, en même temps que s'écoulait par le tube un peu de pus fétide. Ayant pris part à l'opération avec

mon père et M. le professeur Parise, je conseillai les injections d'acide thymique au millième. Dès la première injection, l'odeur disparut : le lendemain la rougeur avait cessé, ainsi que les nausées et la céphalalgie.

Quatre injections de 30 grammes environ avaient produit cet heureux résultat.

Obs. II. Je fus appelé, il y a un mois, à donner des soins à la femme Vandcrdoven, rue Solferino, à Lille. A la suite d'un avortement remontant à neuf semaines, elle présentait un état profond d'anémie, occasionné par des pertes utérines très-abondantes et presque journalières, et d'une odeur repoussante. Après avoir examiné l'utérus, que je trouvai distendu par des caillots, et le col entr'ouvert, je prescrivis une potion à l'ergot de seigle, et l'usage des réfrigérants sur l'abdomen et dans l'intérieur du vagin. Le lendemain, l'hémorrhagie avait cessé, et l'on me présenta une masse de caillots qui avaient été expulsés durant la nuit. Je reconnus qu'il s'écoulait encore par le vagin un peu de liquide brunâtre et putride. Je pratiquai une injection d'acide thymique au millième : l'odeur disparut. Ces injections furent continuées pendant huit jours, après lesquels je constatai le retour de l'utérus à l'état normal. Revue il y a huit jours, la malade nous a paru jouir d'une santé excellente : l'écoulement vaginal n'a pas reparu.

Obs. III. M. L***, étudiant en médecine à l'École de Lille, portait depuis deux mois, à la plante du pied droit, une série de verrues, dont quelques-unes avaient pris un développement considérable, au point de rendre la marche presque impossible. Nous les cautérisâmes avec de l'acide thymique *pur ;* l'application de cet acide ne produisit aucune douleur; les cautérisations furent plusieurs fois renouvelées: les verrues devinrent comme cornées et tombèrent ; deux jours après la première cautérisation, la plante du pied était débarrassée de toutes les verrues qui s'y étaient développées.

Obs. IV. M. M***, négociant à Roubaix, vint me prier, le 18 mars, de lui arracher une grosse molaire dont il souffrait depuis deux mois. Après avoir examiné la dent, je constatai la destruction de toute la demi-circonférence externe de la couronne, jusqu'au collet de la dent; toute la portion interne était saine. Je lui proposai la conservation de cette dent; après l'avoir nettoyée, à l'aide d'un petit tampon d'ouate trempé dans une solution très-faible d'acide chlorhydrique, j'introduisis dans la cavité de la dent une petite boulette de papier de soie imbibée d'acide thymique *pur :*

je complétai l'occlusion par un peu d'ouate. Après cette cautérisation, qui dura deux minutes, et sans la moindre douleur, je remplaçai la boulette de papier par de la gutta-percha blanche, ramollie dans de l'eau bouillante. La cavité de la dent fut ainsi comblée. Nous avons revu plusieurs fois M. M***, qui nous a assuré n'avoir pas souffert de sa dent depuis cette opération.

Obs. V. Vandevinkèle (Louise), âgée de sept ans. Cette enfant nous fut amenée, il y a six semaines, au bureau de bienfaisance de Wazemmes : elle portait à la jambe droite un ulcère remontant à huit mois, et ayant succédé, au dire de ses parents, à une contusion. Cet ulcère occupait 10 centimètres de hauteur sur 6 de largeur. Après l'avoir pansé pendant quelque temps avec des bandelettes de diachylon, puis cautérisé plusieurs fois avec le nitrate d'argent et la teinture d'iode, sans amener de grands résultats, nous employâmes l'acide thymique en solution au millième : deux lavages par jour. Dès le troisième jour, la plaie, de grisâtre qu'elle était, devint rose, bourgeonnante, et la cicatrisation commença à se faire sur les bords : huit jours après, le centre de la plaie présentait quelques points de cicatrisation ; et aujourd'hui, seizième jour du traitement, la plaie est réduite à 4 centimètres de longueur sur 2 de largeur.

Nous devons faire remarquer que la suppuration, qui était abondante il y a dix-huit jours, a complétement cessé depuis que nous faisons usage d'acide thymique; de plus, la plaie est rosée, vermeille, et d'une propreté extrême. On observe du reste cet heureux résultat avec d'autres topiques, la glycérine, par exemple. Nous pourrions multiplier ces observations, et citer un grand nombre de faits dans lesquels l'acide thymique nous a donné des résultats identiques.

En faisant des recherches dans une autre direction, nous avons pratiqué sur le cadavre des injections conservatrices dont l'acide thymique forme la base. Cet acide, combiné avec la glycérine, l'aniline et le tannin dans les proportions de :

Acide thymique..........................	4	grammes
Aniline..................................	2	—
Tannin...................................	4	—
Glycérine................................	100	—

nous a permis de conserver depuis plusieurs mois des viscères et des portions de membres, qui aujourd'hui présentent encore leur volume et leur coloration normale, sans trace de putréfaction. L'acide thymique partage cette propriété avec l'acide phénique ; mais en rai-

son de son prix, nous ne saurions le recommander, quant à présent, de préférence à l'acide phénique pour les injections conservatrices. Ces résultats ont été mentionnés par nous dans une communication à la Société anatomique, le 27 décembre 1867.

De nombreux chirurgiens ont utilisé, durant plusieurs années, les merveilleuses propriétés antiseptiques et antiputrides de l'acide phénique, et l'on pourrait s'étonner de l'oubli dans lequel est tombé ce médicament depuis quelque temps. Une des principales causes de cet oubli est l'odeur si désagréable que répand cet acide, odeur qui est d'autant plus prononcée que l'acide employé est moins purifié. Cet inconvénient n'existe pas lorsqu'on fait usage d'acide thymique, qui est le principe volatil et aromatique du thym.

Concentré, l'acide thymique possède une action caustique très-énergique, et son application sur les parties dénudées est souvent douloureuse. Je dois faire cependant une exception pour les nerfs dentaires, que l'acide thymique cautérise mieux que ne peut le faire l'acide azotique monohydraté ou le nitrate d'argent, et sans aucune douleur. Très-étendu d'eau, à la dose de 1 gramme d'acide thymique pour un litre d'eau, il peut être mis à la surface des plaies, soit en lavage, soit à l'aide d'une compresse imbibée dans cette solution, sans donner lieu à aucune sensation de douleur. Son application, dans ce cas, occasionne un sentiment de fraîcheur que nous ont accusé un grand nombre de malades. Sous l'influence de cet acide, les plaies grisâtres, dites *de mauvaise nature*, deviennent rosées, bourgeonnent bien, et leur cicatrisation marche avec rapidité : dès la première application, l'odeur de la plaie disparaît. En vertu de quelle action l'acide thymique produit-il ce résultat ? Nous croyons que l'acide thymique et l'acide phénique ne sont nullement comparables aux désinfectants qui agissent d'une manière substitutive, en masquant la putridité par l'odeur qui leur est propre : c'est en se combinant avec les tissus, en les tannant d'une façon particulière qu'agissent ces acides. Ainsi modifiés, les éléments paraissent impropres à se putréfier ; par leur action sur les éléments embryonnaires qui constituent la couche superficielle des bourgeons charnus, en empêchant toute décomposition de ces éléments, ces acides favorisent également leur chute, pendant que les couches plus profondes travaillent activement à la cicatrisation. Nous avons observé ces faits sur des ulcères de jambe datant de plusieurs mois et traités alternativement par des bandelettes de diachylon et la teinture d'iode. A l'aide de lavages quotidiens, avec une solution au millième d'acide thymique, les ulcé-

rations prirent rapidement l'aspect de plaies de bonne nature, et ne tardèrent pas à se cicatriser complétement. De ces considérations et des faits que nous avons observés, nous concluons :

1° Que l'acide thymique mérite à juste titre d'être rangé parmi les modificateurs des plaies, les antiputrides et les antiseptiques ;

2° Concentré, il remplace très-avantageusement l'acide azotique monohydraté et le nitrate d'argent dans la cautérisation des nerfs dentaires. Il est surtout préférable à l'acide phénique, car il ne laisse pas dans la bouche du malade l'odeur si désagréable d'acide phénique ;

3° En solution aqueuse au millième, avec addition de quelques grammes d'alcool ; il est un adjuvant utile de la cicatrisation des plaies, et son emploi est surtout indiqué dans les cas où la teinture d'iode et les autres moyens d'irritation substitutive, ou antiseptiques et antiputrides, ont été vainement employés ;

4° Si le prix de revient de l'acide thymique pouvait être réduit, il serait un excellent moyen de conservation des pièces anatomiques.

De l'opération du trépan appliquée aux accidents primitifs des fractures du crâne (1) ;

Par M. le docteur TILLAUX, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Vous n'avez sans doute pas oublié l'importante discussion qui s'est produite l'année passée au sein de la Société sur l'opération du trépan, à l'occasion d'un malade présenté par notre collègue, M. Broca. Je n'ai pas l'intention de provoquer aujourd'hui une nouvelle discussion, mais bien de répondre à l'appel qui fut fait alors par quelques-uns de nos collègues. Ce n'est pas, en effet, par la théorie que nous arriverons à formuler les règles précises touchant la trépanation du crâne, mais bien par l'étude attentive des faits cliniques. Quelques chirurgiens éminents de notre époque ont rejeté absolument une opération admise sans conteste par tous nos devanciers des siècles passés. Nous avons donc besoin de nous faire une opinion, de voir de quel côté est l'exagération, de quel côté est la vérité, et l'examen attentif des observations peut seul nous conduire à ce résultat.

Je ne vous rappellerai pas, messieurs, toutes les opinions émises

---

(1) Communication faite à la Société impériale de chirurgie dans la séance du 18 mars 1868.

devant vous l'année passée; je vous dirai seulement que l'on a rejeté avec raison le *trépan préventif*, c'est-à-dire une opération grave destinée à prévenir les accidents qui n'existent pas encore et qui ne surviendront peut-être pas. Je ne veux pas non plus parler du trépan *consécutif*, qui a pour but de porter remède à des accidents bien définis, bien limités, apparaissant après la guérison des désordres initiaux. C'est cette trépanation consécutive ou tardive qu'avait heureusement pratiquée M. Broca, et pas un de nous ne doute qu'il y ait des cas où elle soit formellement indiquée.

Le point réellement en litige, le point obscur, difficile de cette question, c'est le trépan *primitif*, c'est-à-dire appliqué aux accidents primitifs.

Lorsqu'une fracture du crâne, avec ou sans plaie, est accompagnée de phénomènes, tels que résolution générale, coma, etc., nous sommes d'un avis unanime : il ne faut pas trépaner; ce serait agir aveuglément, j'ajoute d'une façon tout irrationnelle. Mais voici le cas vraiment discutable, et c'est celui sur lequel je désire appeler votre attention :

Un malade présente une fracture du crâne avec plaie des téguments, il a conservé sa connaissance et répond aux questions qu'on lui adresse. Mais il est atteint d'une hémiplégie complète ou incomplète du côté opposé à la lésion. N'est-ce pas là, messieurs, le cas le plus favorable à l'application du trépan primitif? Fracture du crâne évidente dont on connaît le siége précis, avec paralysie du côté opposé. Il n'est pas douteux que le cerveau soit comprimé ou par les fragments, ou par un épanchement de sang. Que doit faire le chirurgien? doit-il trépaner, dans ce cas où l'indication paraît si précise? C'est ainsi que, selon moi, il faut poser la question, car du moment où nous rejetons le trépan préventif comme irrationnel, nous devons le rejeter dans tous les cas où nous n'avons pas de raison sérieuse d'enlever la couronne osseuse sur un point déterminé et limité du crâne. Mais cette première question ne peut être résolue qu'après celle-ci :

Même dans le cas si favorable à l'application du trépan que je viens de supposer, est-il toujours possible de reconnaître et l'agent de la compression cérébrale et le point précis où s'exerce cette pression? N'est-il pas évident, messieurs, que si, dans l'hypothèse où je me suis placé, nous sommes encore réduits à agir aveuglément, le trépan primitif est bien près d'être condamné? Cette grosse question ne peut être résolue que par des faits; aussi n'ai-je pas la prétention aujourd'hui de la résoudre, ni même de la discuter. Je

ne fais que la poser et vous apporter deux observations qui pourront contribuer à sa solution. En voici le résumé :

Tronchi (Henri), âgé de dix-huit ans, garçon plombier, entre le 27 décembre 1867 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, n° 30.

En travaillant dans une église, il est tombé sur le sol de la hauteur environ d'un troisième étage. A son entrée, le malade est dans un état voisin de la résolution ; il y a de la somnolence, de la torpeur ; cependant il répond aux questions qu'on lui adresse et signale la région lombaire comme étant le siége d'une douleur assez vive. Le pouls est petit et lent. Il n'y a des écoulements de sang ni par le nez ni par l'oreille. Sur le crâne, vers le sommet de la tête et à 2 centimètres environ à droite de la ligne médiane, existe une plaie contuse peu étendue, au fond de laquelle on sent, à l'aide du stylet, les os à nu. Rien n'indique l'existence d'une fracture.

Une compresse froide est appliquée sur la plaie, sangsues derrière les oreilles et émétique en lavage.

Le malade reste à peu près dans le même état les jours suivants ; il urine et va à la selle normalement ; la motilité et la sensibilité sont intactes.

Le 1er janvier, à la visite du matin, amélioration notable ; le malade ouvre les yeux, répond mieux aux questions. Il souhaite la bonne année à la religieuse de la salle. Quelques heures après, on le trouve mort dans son lit, sans que les voisins s'en soient aperçus.

L'autopsie révèle l'existence d'une fracture fissuraire du crâne commençant non pas au niveau de la plaie extérieure, mais à 2 centimètres en dehors d'elle. La fissure se continue obliquement sur le pariétal droit et aboutit au trou occipital en passant derrière le rocher, qui est intact.

La lésion capitale est un caillot sanguin situé sur les côtés du cerveau, au niveau de la fosse temporale entre la dure-mère et la boîte crânienne. Ce caillot est noir, adhérent à la dure-mère ; il est arrondi, mesure environ 4 centimètres de diamètre et 1 centimètre à peu près d'épaisseur.

Le cerveau, presque intact, présente seulement, au niveau de la fracture, quelques taches ecchymotiques.

Il me paraît certain, messieurs, que la mort a été déterminée par la formation brusque de ce caillot dans la région temporale droite. Admettons que ce caillot se soit formé plus lentement ou que l'hémorrhagie ait été moins abondante, le jeune homme aurait continué à vivre, mais avec une hémiplégie gauche. Le chirurgien eût

pu songer alors à intervenir à l'aide du trépan. N'était-il pas indiqué de l'appliquer sur le point du crâne où était la plaie extérieure et où avait dû porter le choc ? Evidemment oui ; eh bien ! l'agent compresseur, le caillot, s'en trouvait à une distance telle, qu'il était impossible de l'atteindre. L'opération eût donc été nécessairement inutile.

Le deuxième malade, dont je vous présente le crâne, est plus instructif encore que le précédent, car ce qui n'était tout à l'heure qu'une hypothèse s'est ici réalisé. Nous avons vu l'hémiplégie apparaître et augmenter peu à peu sous nos yeux, si bien que, sans l'infection purulente à laquelle a succombé le malade, je n'aurais pas manqué de songer sérieusement au trépan, et j'eusse accompli une triste besogne, ce dont je vous donnerai la preuve.

Voici le résumé de cette observation :

André B***, domestique, âgé de vingt-sept ans, est tombé en voulant descendre d'un chemin de fer encore en marche. Il entre salle Saint-Barnabé, à l'hôpital Saint-Antoine, le 3 février. Il existe au-dessus de l'arcade sourcilière gauche une plaie aux téguments, large de 8 centimètres environ. En écartant les lèvres de cette plaie, on constate, de la façon la plus nette, la fracture que je mets sous vos yeux et que je vous décrirai dans un instant.

Le malade présente l'état d'un homme profondément endormi. Il n'a pas prononcé une parole depuis son entrée. Le pansement de sa plaie détermine une vive douleur due à la présence d'un filet du frontal qui est touché par l'éponge. Le malade résiste énergiquement, il exécute avec ses deux bras des mouvements très-violents et pousse même un fort juron ; puis, le pansement terminé, il retombe dans l'assoupissement. Souvent il bâille et grince des dents.

Il y a peu de changement les deux premiers jours. Cependant, le 5, il répond à l'appel de son nom.

Le 6, il répond à mes questions, ouvre les yeux et boit volontiers. Pendant ce temps, le pouls battait 52 et même 48.

Le 11 février, c'est-à-dire le huitième jour de l'accident, je constate pour la première fois un affaiblissement de la sensibilité et de la motilité dans tout le côté droit, ce que le malade reconnaît lui-même. Il répond plus mal aux questions, laisse ses phrases inachevées ou les termine par une sorte de ricanement idiot. L'hémiplégie augmente les jours suivants, au point qu'il ne peut soulever son bras droit qu'à l'aide de sa main gauche, et le 20 février, le côté de la face se paralyse également, en même temps qu'il répond de plus en plus mal aux questions qu'on lui adresse.

Le 21, il est pris d'un violent frisson et de délire. Le pouls est à 116. Le 23, deux nouveaux frissons; vomissements. La face est terreuse, la plaie flétrie, les fragments baignés de pus. Il meurt le 25.

Vous voyez la fracture: elle part de la ligne médiane sous la forme d'une fissure transversale qui, arrivée au niveau de la fosse temporale, se dirige obliquement en arrière et en bas vers l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche pour aller aboutir à la base du crâne, au niveau du trou ovale.

Près la ligne médiane, sur le frontal, là où commence la fracture de la fissure transversale, partent deux fissures verticales distantes l'une de l'autre de 3 centimètres, qui isolent ainsi un fragment quadrangulaire libre seulement par trois de ses côtés. Ce fragment est déprimé de 2 millimètres environ vers la boîte crânienne.

Vu par sa face interne, le crâne présente les mêmes détails que ci-dessus, mais on constate en plus que la lame vitrée du fragment antérieur a éclaté. Il existe deux éclats inclinés obliquement comme un toit, et faisant dans la boîte crânienne une saillie d'environ 6 ou 7 millimètres.

La lésion sur laquelle j'appelle spécialement votre attention, messieurs, est la suivante: le trait de la fracture a divisé l'artère méningée moyenne au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche. Il en est résulté la formation d'un énorme caillot que je vous présente et qui siége entre les os du crâne et la dure-mère. Ce caillot, aussi large que la paume de la main d'un adulte, a plusieurs centimètres d'épaisseur. Il occupe toute la fosse temporale et se prolonge même en arrière. Certaines parties de ce caillot sont noires et d'origine récente, d'autres sont jaunes, fibrineuses, et remontent vraisemblablement au début de l'accident. Je vous signale encore l'adhérence intime du caillot à la face externe de la dure-mère. Vous pouvez constater que le centre du caillot se trouve à 10 centimètres au moins du fragment déprimé et de la plaie extérieure.

Entre la dure-mère et le cerveau, aucune trace d'épanchement de sang ni de contusion. Le cerveau est seulement très-aplati dans toute la partie correspondante au caillot. La dure-mère, l'arachnoïde, la pie-mère et la substance cérébrale sont complétement intactes au niveau des éclats de la lame vitrée.

J'ai à peine besoin, messieurs, de faire ressortir l'importance de ce fait au point de vue de l'opération du trépan. Voici un malade qui présente une fracture du crâne avec un fragment légèrement déprimé

et une plaie aux téguments. Il ne tarde pas à recouvrer en partie son intelligence et l'usage de la parole, mais survient bientôt un affaiblissement de tout le côté du corps opposé à la fracture. L'indication du trépan primitif a-t-elle jamais été plus précise que dans ce cas ? Eh bien ! les pièces en main, on peut affirmer que l'opération n'eût fait qu'ajouter sa propre gravité à celle de la lésion crânienne, puisque l'hémiplégie était due non pas à la dépression des fragments ni aux éclats de la lame vitrée, mais bien à la présence d'un caillot qui, par sa situation, son volume, son étendue, ses adhérences, était inaccessible à la trépanation.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'acide thymique comme succédané de l'acide phénique ;

Par M. Bouilhon, pharmacien.

L'acide phénique et la créosote, préconisés et employés avec succès depuis longtemps déjà, n'ont jamais véritablement pris rang dans l'usage médical. Cette défaveur ne peut être légitimement attribuée qu'à leur odeur tenace, fatigante et même repoussante pour beaucoup de personnes.

Il est, en effet, à peu près impossible d'effectuer un pansement à l'acide phénique dans une salle d'hôpital, sans incommoder tous les autres malades. Quant aux pansements à domicile, ils sont l'objet d'une vive répulsion de la part des personnes qui habitent sous le même toit.

L'opérateur lui-même, pour peu qu'il s'en mette après les mains, ce qui lui arrivera à peu près inévitablement, se trouvera littéralement *jambonné*, et, malgré tous les lavages et savonnages imaginables, sera condamné à transporter cette odeur peu agréable au chevet de ses autres clients, pendant au moins tout le reste de la journée.

Ces inconvénients, fort secondaires, il est vrai, du moment qu'il s'agit du soulagement des malades, ont cependant leur valeur, et expliquent jusqu'à un certain point l'emploi très-restreint de l'acide phénique. Aussi ce corps est resté presque exclusivement un produit industriel.

Quant à la créosote, elle n'est guère employée comme odontalgique que par ceux qui ont essayé de tous les autres remèdes, et

qui, à bout de patience et surmontant une répugnance bien légitime, viennent, presque toujours trop tard, lui demander un terme à leurs souffrances.

Des personnes, complétement étrangères à la chimie, ont souvent posé cette question naïve : « Pourquoi les chimistes ne font-ils pas de la créosote inodore, ou tout au moins ne sentant pas mauvais ? » Inutile d'essayer de leur faire comprendre qu'on ne peut modifier les propriétés d'un corps sans en changer la composition ; le chimiste doit trouver quand même, sous peine de passer pour un ignorant.

Ces considérations me conduisirent à essayer de tourner la question en recherchant si, parmi les nombreux corps de la chimie, il ne s'en trouverait pas un se rapprochant autant que possible du type demandé.

Grâce aux nombreux travaux de chimie organique, la série des phénols s'est enrichie de plusieurs homologues ; quelques-uns ont été découverts dans les produits de la distillation de la houille ; il était inutile de s'y arrêter ; leur odeur les aurait fait repousser pour les mêmes raisons que l'acide phénique. Un seul, retiré de l'essence de thym, méritait de fixer l'attention.

Ce corps, considéré à juste titre par Gerhard comme devant être un homologue de l'acide phénique, satisfait à la formule générale des phénols, qui est représentée par :

$$C^{n+6}H^{n}O^{2}.$$

En effet le phénol, ou acide phénique, a pour formule :

$$C^{12}H^{6}O^{2};$$

l'acide crésylique :

$$C^{14}H^{8}O^{2};$$

et le nouvel homologue retiré de l'essence de thym :

$$C^{20}H^{14}O^{2}.$$

Ce corps, désigné sous le nom de *thymol,* et que j'appellerai *acide thymique,* pour les mêmes raisons qui ont fait changer celui de phénol en acide phénique, peut être obtenu cristallisé.

Dans cet état, il fond à 44 degrés centigrades et entre en ébullition à 230 degrés, sous la pression de 76 centimètres de mercure. Une fois fondu, il présente souvent la propriété de rester indéfiniment à l'état liquide. Son odeur est faible, agréable, et rappelle celle du thym. Il est fort peu soluble dans l'eau, très-soluble dans

l'alcool, et d'autant plus que celui-ci sera plus concentré. Il se dissout aussi dans l'éther et les corps gras; il ne possède pas de pouvoir rotatoire.

Il se combine facilement avec les alcalis, tels que la potasse et la soude, et forme des sels solubles.

L'acide thymique possède la propriété importante de se combiner avec les peaux et les tissus animaux, et de les rendre alors complétement imputrescibles.

Concentré, il possède une saveur âcre et caustique; mais en solution très-étendue, on ne perçoit que le goût du thym et une sensation de fraîcheur comparable à celle que produit l'essence de menthe.

L'acide thymique s'extrait de l'essence de thym, dans laquelle il se trouve mélangé avec un carbure d'hydrogène nommé *thymène*, isomère de l'essence de térébenthine, et qui, par conséquent, possède la formule $C^{20}H^{16}$.

En traitant l'essence de thym par une solution aqueuse de potasse ou de soude, l'acide thymique se dissout en formant un thymate soluble; on sépare ainsi le thymène, qui ne se combine pas avec les alcalis.

En décomposant le thymate par un acide, l'acide thymique est mis en liberté; on le purifie par des lavages, on le dessèche, et, finalement, on le distille.

On peut obtenir l'acide thymique en soumettant l'essence de thym à un refroidissement prolongé; dans ce cas, il cristallise. Mais celui qui est extrait par la potasse, quoique soumis à une température très-basse, ne se solidifie pas, même en y projetant quelques cristaux de la modification obtenue par le froid, afin d'amorcer la cristallisation.

L'acide thymique existerait donc sous deux états isomériques différents.

Le produit retiré de l'essence de carvi présente un phénomène à peu près analogue. A l'aide du sulfhydrate d'ammoniaque, on obtient le carvol, tandis que l'extraction par la potasse fournit un isomère, le carvacrol, qui se distingue du carvol par des réactions particulières.

Cette similitude de propriétés entre l'acide thymique et l'acide phénique, ainsi que son odeur agréable, m'engagèrent à le substituer à ce dernier dans l'usage médical. Quelques essais suivis de résultats satisfaisants me firent persévérer dans mes recherches.

M. le docteur Paquet voulut bien se charger d'expérimenter ce

nouveau produit, et déjà, dès le mois de décembre dernier, une communication présentée à la Société anatomique constatait d'une manière irrécusable ses propriétés antiseptiques.

Aujourd'hui, les observations se sont multipliées, et on peut espérer que, dans un laps de temps assez court, l'acide thymique aura complétement remplacé l'acide phénique et la créosote.

Lotion à l'acide thymique.

Acide thymique	1	gramme.
Alcool à 85 degrés	4	—
Eau distillée	995	—

Agiter de manière à activer la dissolution de l'acide dans l'eau.

Employé pour panser les plaies.

Pommade.

Axonge	30 grammes.
Acide thymique	2 à 20 gouttes.

Incorporez par trituration.

Potion à l'acide thymique.

Nous engageons les praticiens, toutes les fois qu'ils voudront faire prendre l'acide thymique à l'intérieur, à l'émulsionner dans un looch ou à le dissoudre complétement dans une potion alcoolisée.

Pilules d'acide thymique.

Acide thymique	20	centigrammes.
Savon médicinal	40	—
Excipient	Q. S.	

Divisez en vingt pilules.

Le savon médicinal est indispensable pour assurer la division de l'acide.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Pathogénie et traitement rationnel des affections typhiques.

Sortir de l'empirisme, en s'accrochant d'une main à l'observation clinique, de l'autre aux observations de la science, de manière à les réunir dans une accolade fraternelle, tel est le but que nous nous sommes proposé dans nos différents articles auxquels le *Bulle-*

tin de Thérapeutique a bien voulu donner sa bienveillante hospitalité. Aujourd'hui nous essayerons, toujours avec la même méthode, d'exposer et d'analyser ce que nous avons observé dans les *affections typhiques.*

Sous cette dénomination, nous comprenons, non-seulement les fièvres dites *typhoïdes,* mais encore toutes les manifestations spéciales d'une même cause générale. Peu importe la manifestation organique locale; si le fond de la maladie dépend d'une même cause spéciale, il nous sera facile de poser et de remplir des indications thérapeutiques générales.

Dans les contrées où nous observons, les affections typhiques se montrent d'une façon assez régulière aux mêmes époques de l'année et dans des conditions assez bien déterminées. On les voit généralement apparaître dans les premiers jours de décembre, alors que s'endort la nature végétale, alors que le poison palustre a perdu toute son activité et que disparaissent les fièvres intermittentes. A ce moment de l'année, elles peuvent même sévir épidémiquement sur toute une contrée, surtout si l'hiver est froid et humide.

La nature du terrain est pour beaucoup dans la genèse de ces constitutions épidémiques locales. Placé au centre d'un terrain de transition, entre les terrains siliceux granitiques et les terrains calcaires, nous avons observé les épidémies typhiques plus fréquemment sur les seconds que sur les premiers, et par-dessus tout dans les terrains de *lias*, mélange d'argile et de carbonate de chaux. Pour les formations siliceuses, la prédominance existe dans les points où l'argile se trouve en couches épaisses.

Quand une épidémie sévit sur nos campagnes, ce qui, fort heureusement, n'arrive guère que deux ou trois fois dans l'espace de dix ans, sa période d'état correspond au mois de janvier, et la décroissance ne se manifeste généralement qu'en février, pour se terminer dans les premiers jours de mars.

Dans ces mauvaises années, les maladies perdent leur gravité, m'a répété bien souvent mon vénérable père, M. le docteur E. de Beaufort, auquel une pratique de quarante ans a bien permis de faire cette observation ; les maladies, dis-je, perdent leur gravité quand la *huppe* commence à faire entendre sa voix, c'est-à-dire, quand se réveille le règne végétal.

En été, alors qu'il a toute sa puissance, les affections typhiques sont rares ; il semble qu'il y ait antagonisme entre elles et les maladies paludéennes. Quand l'automne a été favorable à ces der-

nières, les premières sont plus lentes à se montrer. Bien qu'elles ne s'excluent pas d'une manière absolue, il y a entre elles une sorte d'antagonisme : ce qui est favorable à la genèse des unes, ne l'est pas à celles des autres. Sous l'influence de la végétation, les conditions atmosphériques ne sont plus favorables à la production des miasmes typhiques : par son influence, les plantes ozonisent l'air, déversent des quantités considérables d'oxygène et d'acide carbonique qui est bien favorable à la production de nouveaux végétaux, mais ne l'est pas à celle des microzoaires.

L'influence fâcheuse des sols calcaires s'explique assez bien par la décomposition plus rapide de la matière organisée morte, qui, à un moment donné, déverse dans l'air beaucoup de résidus ammoniacaux très-favorables à la génération des animalités inférieures.

D'après ce que nous savons des causes des maladies typhiques, il est à peu près démontré qu'elles prennent naissance près des animaux, tout comme les affections palustres prennent naissance près des végétaux. Chose remarquable, il semble qu'elles impriment à l'organisme contaminé le cachet de leur origine. Ainsi que nous le verrons tout à l'heure, le poison typhique fait naître dans les humeurs des réactions alcalines, le poison végétal des réactions acides. Nous savons aujourd'hui, grâce aux beaux travaux de MM. Pasteur et Pouchet, que, dans les milieux alcalins, prennent naissance des microzoaires, et, dans les milieux acides, des organismes végétaux microscopiques ; nous savons que la nature de ces deux milieux est une condition de la vie des uns et des autres. Il est donc permis de supposer que le poison typhique est de nature animale, et le poison végétal, comme celui de la fièvre intermittente, par exemple, de nature végétale.

Les recherches les plus récentes tendent à démontrer l'existence, dans le sang des sujets atteints de maladies typhoïdes, des microzoaires spéciaux. Peu nous importe que ces corps organisés y pénètrent en nature ou en germes ; nous ne savons pas au juste comment ils s'y comportent ; mais nous pouvons, jusqu'à un certain point, apprécier et suivre les phénomènes qu'ils y occasionnent.

Pathogénie. — Le sang est manifestement altéré dans les affections typhiques ; la fibrine y prend un état spécial et devient peu coagulable, les hématies se détruisent en perdant d'abord leur enveloppe solide, et le liquide nourricier prend une diffluence inaccoutumée qui le rend peu propre à la nutrition et prédispose aux hémorrhagies interstitielles et autres.

La cause principale de ce phénomène est, selon nous, la pré-

sence exagérée de l'*ammoniaque* dans le sang. Sa production peut s'expliquer par une sorte de fermentation de l'urée. Quoi qu'il en soit, ce corps est des plus délétères et produit une intoxication spéciale, que Magendie a fait naître chez des animaux et qui reproduit, artificiellement, à peu près tous les phénomènes de l'intoxication typhique.

Cette alcalinité exagérée du sang n'est pas sans avoir son retentissement dans les *excrétions : l'air expiré contient de l'ammoniaque, les excrétions du tube digestif prennent une alcalinité exagérée.*

Un des phénomènes principaux qu'on remarque sur les muqueuses en général, et sur celle du tube digestif en particulier, doit être attribué à cet excès d'alcalinité : *l'épithélium est détruit*, et la muqueuse rouge, sensible, congestionnée, peut s'enflammer, s'ulcérer, se ramollir, et présenter, en un mot, toutes les altérations que l'on connait.

Nous voyons l'intestin grêle devenir surtout le siége de ces altérations, parce qu'en outre de ses excrétions, il reçoit *une bile altérée* qui épuise sur lui son action malfaisante. Dans la dysenterie, ainsi que nous l'avons dit, le liquide de la sécrétion hépatique devenait un préservateur à cause de son alcalinité et laissait le mal épuiser son action sur le gros intestin, où sa petite quantité ne lui permettait pas d'arriver avec ses qualités neutralisantes.

L'estomac digère mal ou ne digère plus, puisque son suc gastrique, mélangé aux autres liquides trop alcalinisés, a perdu en partie son action dissolvante.

Après une période de langueur plus ou moins longue, le sang intoxiqué agit sur le système nerveux, d'abord sur le système ganglionnaire, dont il déprime l'action. De là, quelques phénomènes nerveux peu marqués, caractérisés par un malaise indéfinissable, le système *vaso-moteur* ne venant plus mettre son frein à la graude circulation, et la fièvre s'allume de plus en plus.

Sous l'influence de ce dernier phénomène, le centre cérébro-spinal se congestionne plus ou moins, produit le *délire* ou le *coma*. Dans l'ataxie, le système nerveux, régulateur de la circulation cérébrale, a perdu sa puissance, et le cerveau est livré sans défense à l'action d'un torrent sanguin bien capable d'altérer sa substance. La moelle épinière, qui participe à la même influence, peut, elle aussi, avoir *son délire* et *son coma*, qui se manifeste par une adynamie plus ou moins profonde.

Aux troubles dynamiques du début ne tardent pas à se joindre

les troubles de nutrition : la décomposition organique s'exerce d'une façon excessive, sous l'influence de la fièvre et sous celle de l'action altérante de l'ammoniaque du sang : la graisse disparaît, la fibre musculaire inanitiée perd sa tonicité et se laisse distendre mécaniquement, ainsi que le montre, pour l'intestin, sa tympanite souvent énorme. Le cœur et les vaisseaux cèdent à la pression du sang, et le pouls ne tarde pas, même de très-bonne heure, à donner tous les signes d'une tension des plus faibles du système circulatoire.

Cet état des vaisseaux fait naître dans la plupart des organes splanchniques des congestions presque passives. Au début de la maladie, certains organes résistent, tandis que d'autres ne résistent pas, selon que le système nerveux qui préside à leur circulation est plus ou moins affecté ; mais à la fin, la résistance n'est nulle part, et le sang semble obéir aux lois de la pesanteur. Alors, semblable à une masse inerte, le corps tend à une décomposition générale qui est bientôt la mort.

Souvent cette période ultime est accélérée par une tendance exagérée de l'organisme à produire du pus, source d'une nouvelle intoxication. Notre observation *nous a démontré* que la *diathèse purulente est favorisée par les alcalins.*

Peu importe que l'action congestive se manifeste vers tel ou tel organe : l'*abdomen*, le *poumon*, le *cerveau* ; etc. ; on aura des *formes* variées d'une même maladie générale. Ces localisations pourront devenir le motif de certaines indications secondaires ; mais les indications générales devront passer avant elles.

Thérapeutique.—Quelles que soient les bonnes raisons qu'on ait pour instituer un traitement, la sanction de l'expérience doit seule le faire accepter. Nous n'hésitons pas à publier aujourd'hui notre méthode de traitement des affections typhiques, parce que nous en avons tiré, dans notre pratique, des effets très-satisfaisants.

Les principales indications à remplir sont, d'après nos idées, les suivantes :

1° Neutraliser l'alcalinité exagérée du sang et des excrétions de toute nature ; expulser ce qui ne peut être neutralisé ;

2° Préserver autant que possible le tube digestif, et rendre à l'estomac une partie de sa puissance digestive perdue ;

3° Combattre les congestions viscérales nuisibles, surtout du côté du système nerveux.

La première des indications a été remplie par l'administration intérieure de l'*acide chlorhydrique* dilué. Nous le donnons sous forme de limonade : **2, 3, 4** grammes d'acide chlorhydrique dans

un litre d'eau, de tisane, d'infusions de thé, de café, de décoction de quinquina, selon les indications. Cette dose doit être diminuée ou augmentée suivant la susceptibilité des malades ; souvent la langue et la bouche, privées de l'épithélium, supportent mal l'acidité, et on est forcé d'en réduire la proportion.

Nous plaçons en outre, dans la chambre des malades, des vases contenant le même acide, dont les vapeurs vont neutraliser l'alcali volatil qui s'échappe par la respiration. Il n'est pas nécessaire d'avoir un fort dégagement, pour éviter toute action irritante sur les muqueuses oculaires et respiratoire.

L'acide chlorhydrique, comme tout le monde le sait, a une affinité des plus grandes pour l'ammoniaque, qu'il neutralise dans le sang. Dans l'estomac, il devient une puissance de digestion, ce qui permet de mieux alimenter les malades, ce que tout le monde admet aujourd'hui comme nécessaire. Une partie de notre seconde indication se trouve remplie par le même moyen.

Deux moyens principaux finissent de la remplir dans l'intestin : les *purgatifs* répétés tous les jours ou tous les deux jours, surtout dans la première période de la maladie, ne permettent pas le séjour, dans cet organe, de matières nuisibles. Leur usage est, à juste raison, généralement adopté. Le second moyen, qui nous a semblé non moins utile, est l'usage journalier, à dose élevée, ainsi que le recommande M. Monneret, du *sous-nitrate de bismuth*. Il agit sur la muqueuse comme l'amidon sur un eczéma, et remplace, jusqu'à un certain point, l'épithélium exfolié; il a encore la propriété de neutraliser les gaz sulfureux du tube digestif.

Notre troisième indication est plus difficile à remplir ; on y arrive cependant à l'aide de moyens variés dont l'application demande, de la part du médecin, plus de tact et d'habitude. Le premier moyen qui se présente naturellement est l'usage des émissions sanguines. Il faut en être tout à fait sobre, et voici pourquoi : le système vasculaire a perdu une grande partie de son action, et les congestions sont presque toujours passives ; le vaisseau, après une saignée, par exemple, ne revenant pas sur lui-même, se remplit d'une nouvelle quantité de sérosité, et la congestion n'en persiste pas moins avec son action compressive.

Nous préférons les émissions sanguines locales, soit à l'aide des sangsues ou des ventouses appliquées sur le système vasculaire de l'organe ou de l'appareil congestionné.

Les congestions se combattent d'une manière très-efficace, dans certains cas, par l'usage de médicaments qui agissent directement

ou indirectement, par l'intermédiaire du système nerveux, sur la contractilité des vaisseaux : ainsi, l'ipécacuanha, surtout au début, agit très-avantageusement sur les systèmes vasculaires abdominal et pulmonaire engorgés. Comme excitants de la contraction des vaisseaux capillaires, nous trouvons encore le *sulfate de quinine*, la *strychnine*, le *café*, le *thé* et le *quinquina*, dont l'emploi fréquent nous a rendu les plus grands services.

Les huiles essentielles sont encore de bons moyens qu'il ne faut pas oublier : le camphre à doses modérées, la térébenthine, le musc, la valériane, sont très-utiles dans les cas de délire et de congestions thoraciques, employés en même temps que nos premiers moyens.

L'*hydrothérapie* prudente, surtout en été, procure aux malades un bien-être inaccoutumé. L'*électricité* est un bon moyen qu'on n'a guère employé dans les affections typhiques : avec des courants induits bien dirigés, on peut faire cesser rapidement les tympanites intestinales qui, en gênant la respiration, aggravent les congestions pulmonaire et encéphalique. A l'aide des mêmes courants très-modérés, on pourra peut-être diminuer le délire et rendre à la moelle épinière une partie de son action perdue.

Enfin, comme mémoire, je ne passerai pas sous silence les *révulsifs*, qui peuvent être utiles à certains moments de la maladie, mais qui, trop souvent, produisent peu d'effet.

Enfin, il est un accident des plus graves des maladies typhiques qu'il importe de combattre énergiquement : je veux parler de la tendance à la formation de pus dans l'économie, nouveau poison qui s'ajoute au poison spécifique. Dans ces cas graves, nous avons recours, concurremment, au quinquina à très-haute dose, à l'alcool et aux sulfites ou hyposulfites, d'après la méthode de M. Polli ; ces moyens nous ont donné des succès dans des cas qui semblaient désespérés.

Sans entrer dans des détails de statistique que ne comporte pas l'étendue de ce travail, il nous suffira de dire que, chez nos malades, la mortalité n'a guère été que d'un vingtième. Quant à la durée, toujours si longue, de ces affections, nous croyons encore qu'elle est abrégée. Ainsi, au lieu de durer trente ou quarante jours, les fièvres graves peuvent se juger en quinze à vingt jours.

Dr A. de Beaufort.

Chaillac (Indre).

Compendium de pharmacie pratique. Guide du pharmacien établi et de l'élève en cours d'études, par Deschamps (d'Avallon), pharmacien en chef de la Maison impériale de Charenton.

Bon nombre de nos lecteurs n'ont pas oublié le nom de Deschamps (d'Avallon), mort il y a deux années à peine, et qui prit une part si active à la collaboration de ce recueil pour la partie chimique et pharmaceutique. Deschamps avait passé les dernières années de sa vie à achever un ouvrage considérable, auquel il travaillait depuis longtemps, et qui devait couronner une carrière si bien remplie ; il n'eut pas le bonheur de voir son œuvre au jour, mais des amis dévoués ont tenu à cœur de donner satisfaction à ses derniers vœux, et c'est grâce à eux que nous devons la publication du livre consciencieux que nous annonçons aujourd'hui.

Cet ouvrage volumineux, trop volumineux peut-être, car un livre de onze cents pages (à deux colonnes) effraye toujours nos confrères et surtout leurs bourses, comprend : un traité abrégé des sciences naturelles (géologie, minéralogie, phytologie, zoologie), et une pharmacologie complète, dont nous nous contenterons de citer le chapitre VI, qui a pour titre : *Des opérations que le pharmacien est obligé d'exécuter pour exercer convenablement la pharmacie ;* et ceux qui suivent formant un véritable formulaire complet de toutes les potions, pilules, poudres, etc., usitées et prescrites de notre époque ; un long article est consacré aux sirops ; c'était un des sujets de prédilection pour Deschamps, qui les classe en sirops monoiamiques, polyamiques, œnoliques et alcooliques. Si les corps gras, les pommades, entre autres, n'occupent pas la place qu'on leur trouve dans les anciens formulaires, c'est que, suivant exactement les progrès de la thérapeutique, l'auteur a deviné que d'ici peu les corps gras, tels que le cérat, l'axonge, doivent disparaître peu à peu de la pratique chirurgicale, et doivent être remplacés avec avantage par les solutions alcooliques ou les préparations de glycérine. Disons, toutefois, que Deschamps ne se montre pas très-enthousiaste de ce dernier médicament.

La troisième partie est consacrée à la thérapeutique, aux préparations chimiques et aux eaux minérales. Au début, est placée la classification des agents thérapeutiques, qui n'est autre que celle de Trousseau et de Pidoux, sauf quelques changements que l'auteur lui

a fait subir, se contentant de changer quelques médicaments de classes, et ici l'on pourrait lui reprocher de n'avoir fait aucune mention des essais tentés pour inaugurer une nouvelle classification fondée sur les effets physiologiques des médicameuts; il n'entre pas *dans notre plan* de traiter ici une question importante, et contentons-nous simplement de signaler que, dans ces chapitres, le médecin praticien trouvera un véritable traité de matière médicale, et y puisera de saines notions sur la dose thérapeutique des médicaments et sur la manière de les employer.

Après un petit abrégé de pharmacie vétérinaire, prend place une étude des substances médicamenteuses, et surtout des falsifications qu'on leur fait subir, fraude coupable qui iuspire à la nature droite, honnête de l'auteur la phrase suivante, qui est en tête du chapitre consacré à ce sujet: « De toutes les parties qui composent le livre que nous offrons à nos confrères, c'est assurément celle-ci que nous avons rédigée avec le plus de répugnance, car elle nous fait éprouver une profonde tristesse. En effet, de quoi s'agit-il? De démontrer un des côtés de la perversité humaine, de dire ce que la cupidité inspire à certaius hommes qui, pour contenter leurs plaisirs, leurs passions et augmenter leur bien-être, ajoutent, sans regret, des substances inertes aux agents thérapeutiques destinés à diminuer les douleurs de leurs semblables, et à rendre à des familles éplorées des membres souvent nécessaires que la mort veut leur enlever. »

Un traité de toxicologie et une étude pratique des substances nécessaires à la photographie et à la galvanoplastie terminent ce Compendium, vraiment digne de ce nom, et c'est à ce titre que nous le recommandons à nos lecteurs, qui trouveront réunies une foule de notions disséminées dans bon nombre d'ouvrages qu'on n'a pas toujours sous la main.

Notre but sera atteint si nous donnons à nos lecteurs le désir de faire plus ample connaissance avec l'œuvre posthume de notre regretté collaborateur, et nous avons tenu à reudre ce dernier hommage à sa mémoire :

Soigneux et ne négligeant aucun détail, Deschamps avait écrit son *Compendium de pharmacie* en entier avant d'en commencer l'impression; aussi nous associons-nous pleinement au noble sentiment qui a dicté ces lignes que le professeur Bouchardat a mises en tête de l'iutroduction qu'il a consacrée à ce livre, le couvrant ainsi de sou haut patronage : « Mourir quand on n'a point encore rempli sa carrière, mais qu'à force de labeur on est arrivé à l'apogée de son talent, est sans doute une fin profondément douloureuse;

mais quand cette fin arrive lorsque vous venez de mettre la dernière main à l'ouvrage qui devait marquer votre place dans ce monde, sans qu'il vous ait été donné de recueillir le fruit d'un travail immense, c'est boire le calice jusqu'à la lie. Voilà le sort qui était réservé à Deschamps (d'Avallon). »

Manuel de l'étudiant oculiste, Traité pratique du choix des lunettes, et de l'examen de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope, par Arthur Chevalier. 1 vol. in-18 de 250 pages et 90 figures. Paris, 1868, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

M. Arthur Chevalier, qui a déjà publié un très-bon traité sur le microscope et divers ouvrages sur l'optique, vient de faire paraître un guide pratique sur le choix des lunettes, qui renferme, à notre avis, une foule de choses utiles, et sur lesquelles on n'avait pas assez insisté. Nous ferons donc un examen de ce livre.

Après avoir indiqué les notions d'optique indispensables à la lecture du traité, l'auteur donne la nomenclature des différents verres employés en optique et en particulier pour les lunettes. Il insiste pour que l'on n'emploie que le *crown-glass pur*, et prouve que le *flint-glass* et le cristal de roche doivent être rejetés. Il indique aussi comment on doit faire les verres de lunettes et les moyens de les vérifier.

Dans le chapitre suivant, on trouve les diverses formes des verres et les qualités relatives à chaque genre de courbure. Ensuite M. Arthur Chevalier traite la question des verres colorés et spécifie l'emploi de chaque teinte dans les diverses affections des yeux. Il préfère la teinte bleue-noirâtre, comme étant la plus parfaite. Le chapitre destiné aux montures est très-complet, et contient la description d'un certain nombre d'instruments spéciaux à l'aide desquels on arrive à faire exécuter des montures entièrement exactes, ce qui est d'une grande importance.

Un chapitre est également réservé pour la classification des verres de lunettes ; mais les chapitres relatifs à la vision, à l'examen de l'œil, et surtout au choix des lunettes pour la presbyopie, la myopie, l'asthénopie, l'amblyopie, la cataracte, la diplopie, l'astigmatisme, nous ont semblé avoir un vif intérêt pour la science pratique.

Débarrassant l'oculistique de toutes les formules, M. Arthur Chevalier a donné des moyens simples, pratiques, à l'aide desquels on peut adopter des lunettes dans les maladies des yeux. C'est ce qui

nous engage à recommander la lecture de *l'Etudiant oculiste*, qui est appelé à rendre de réels services aux praticiens. B. AUGER.

BULLETIN DES HOPITAUX.

EPANCHEMENT TRAUMATIQUE DE SÉROSITÉ. PONCTION SIMPLE. GUÉRISON. — Morel-Lavallée a, l'un des premiers, appelé l'attention des chirurgiens sur un accident qui suit parfois la contusion. Au lieu de l'épanchement sanguin que l'on trouve ordinairement dans le lieu contusionné, on n'y rencontre que de la sérosité. Le liquide siége sous la peau, entre celle-ci et l'aponévrose; il est là pour ainsi dire enkysté. C'est presque toujours à la face externe de la cuisse que se produisent ces épanchements traumatiques de sérosité, c'est-à-dire dans un point où la peau glisse aisément sur une forte aponévrose, à laquelle l'unit une couche lâche de tissu cellulaire. Le mécanisme suivant lequel se produisent ces épanchements est constamment le même : pression énergique, agissant, non pas directement, mais bien obliquement sur le membre, pression suffisante pour décoller la peau sur l'aponévrose sous-jacente. La cuisse, par exemple, reposant sur le sol entre deux pavés, une roue de voiture saute par-dessus le membre et ne produit qu'une pression superficielle et oblique qui détache le tégument. Comment se fait-il qu'il ne s'épanche alors que de la sérosité dans le tissu cellulaire? Je pense que les capillaires subissent une distension et une rupture semblables à celles d'une artère que l'on étire; que leur calibre est, en conséquence, diminué assez pour ne plus laisser passer du sang que la partie la plus fluide, la sérosité, et retenir les globules. Quoi qu'il en soit de la théorie, le fait existe et donne lieu à des symptômes constamment les mêmes, qui permettent de toujours facilement diagnostiquer cette variété de contusion. L'observation suivante présente deux particularités remarquables : l'apparition tardive de l'épanchement et la guérison facilement obtenue à l'aide d'une seule ponction simple.

C***, âgé de vingt-sept ans, charretier, fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine, le 16 avril dernier. Il venait d'éprouver l'accident qui suit : Conduisant une de ces lourdes voitures destinées à transporter les bois d'échafaudage, il fut renversé au devant de la roue. L'essieu de ces voitures est fort élevé et la charge placée, non sur la voiture, mais au-dessous d'elle. C*** tomba en dedans

de la roue et fut comprimé entre celle-ci et l'un des morceaux de bois. La partie supérieure et externe de la cuisse droite est fortement contusionnée; légères écorchures de la peau; douleur très-vive à la pression; impossibilité de soulever le membre. Il est néanmoins aisé de constater que le squelette est intact. Le malade n'accuse pas d'autre point douloureux, et l'examen ne révèle aucune lésion du côté gauche.

Une amélioration rapide survint et le malade se considérait comme bientôt guéri, lorsque le 25 avril, c'est-à-dire neuf jours après l'accident, il s'aperçut d'un léger gonflement à la face externe de la cuisse gauche, au niveau du grand trochanter. Ce ne fut que le 30 qu'il appela notre attention sur ce point, le gonflement augmentant de jour en jour. La tumeur avait alors l'étendue de la main; elle était peu saillante, sans changement de couleur à la peau, fluctuante et indolente. Le *palper* donnait la sensation d'une poche à demi pleine, le tremblotement caractéristique de ces sortes de lésions.

Je pratiquai immédiatement sur le point le plus déclive, avec un trocart à hydrocèle, une ponction simple qui donna issue à 100 grammes environ de sérosité très-légèrement sanguinolente. Le liquide se reproduisit un peu les jours suivants, mais ne tarda pas à disparaître complétement, et le malade partit guéri pour Vincennes le 17 mai.

Dr Tillaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'extrait de viande. Dans un travail publié par le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, M. Poggiale passe en revue les différents extraits de viande connus, ceux de M. Belldt, de Liebig, l'extrait de viande de bœuf d'Australie et enfin celui de M. Martin de Lignac. Nous donnerons simplement la préparation de ce dernier, parce que c'est celui qui nous paraît préférable. Cet extrait est fabriqué de la manière suivante: On prend 100 kilogrammes de bœuf (os et viande), 20 kilogrammes de légumes frais, 5 kilogrammes de jarret de veau et 100 grammes de sel marin. On fait cuire la viande et les légumes dans une fois et demie leur poids d'eau, et lorsque le bouillon est préparé, on le laisse reposer, on le décante, on le filtre, et enfin on l'évapore au bain-marie, à la température de 70 degrés environ, jusqu'à ce qu'il marque 10 degrés à l'aréomètre de Baumé. On l'introduit dans des boîtes métalliques et on le conserve par la méthode d'Appert. 220 grammes de cet extrait représentent 1 kilogramme de viande et coûtent 1 fr. 50 c., ce qui met le kilogramme à 6 francs.

Cet extrait a une odeur et un goût très-agréables : dissous dans l'eau bouillante, il donne un bouillon très-savoureux; sur ce point, il est supérieur à l'extrait de Liebig, qui communique au bouillon sans légumes une saveur qui n'est pas du goût de tout le monde.

Tout en reconnaissant les services

rendus par ces différents extraits, nous croyons que l'on peut souvent les remplacer par le *bouillon américain*, qui ne contient pas de gélatine, est très-agréable à prendre, et, de plus, a l'avantage de pouvoir être préparé par les plus inexpérimentées des ménagères et en quantité proportionnée aux besoins de chaque jour.

Pour obtenir ce bouillon, on prend une quantité quelconque de filet de bœuf que l'on a soin de découper en très-petits morceaux. — On place ce filet, ainsi préparé et additionné d'une racine jaune et d'un peu de sel, dans un appareil d'étain dont le couvercle est vissé exactement, et on plonge le tout dans un vase plein d'eau que l'on tient en ébullition pendant cinq heures. A la fin de l'opération, on trouve dans l'appareil des débris de viande baignant dans un suc que l'on sépare et qui ne tarde pas à se prendre en gelée.

Le produit ainsi obtenu a un aspect très-appétissant et ne supporte aucune comparaison avec les extraits dont nous venons de parler. Les convalescent le digèrent très-facilement et surtout ne s'en lassent pas. (*Journal de médecine de Lyon.*)

Moyen pour éviter les inconvénients des lampes à pétrole. L'usage des lampes à huile de pétrole est tellement répandu, qu'il nous paraît utile de reproduire les précautions suivantes, recommandées aux personnes qui font usage de ces lampes:

1° Conserver l'huile dans des flacons fermés et maintenus au frais;

2° Se servir uniquement de lampes qui contiennent l'huile dans un réservoir placé à la base;

3° Nettoyer et préparer les lampes pendant le jour;

4° Remplir complétement la lampe d'huile, même si on ne doit la garder allumée que très-peu de temps;

5° Eviter qu'elle reste complétement vide pendant qu'elle est allumée;

6° Si l'huile est sur le point d'être entièrement consumée, l'éteindre eu la soufflant, la laisser refroidir avant de l'ouvrir pour y mettre de nouvelle huile, et l'éloiguer de toute lumière en la remplissant;

7° Si le verre de la lampe vient à casser, éteindre la lampe et la laisser refroidir;

8° Pour allumer la mèche, la faire sortir de la capsule, puis l'abaisser et remettre le verre. Ensuite on la remonte avec une très-grande lenteur;

9° En cas d'accident, éteindre le liquide enflammé avec du sable, de la terre ou de la cendre, et panser les brûlures avec de l'huile à manger. (*El Siglo medico*, mars 1868.)

Kyste intra-thyroïdien traité par la cautérisation au chlorure de zinc; hémorrhagies graves répétées; guérison. En pratique, les accidents et les insuccès ont leurs enseignements aussi bien que les succès eux-mêmes, et quelquefois plus encore, car ceux-ci ne sont quelquefois dus qu'en apparence aux moyens qui ont été mis en œuvre. C'est pour cela surtout que nous enregistrons le cas suivant:

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de vingt et un ans, lymphatique, pâle, mais assez bien constitué, qui entra à la clinique de M. le professeur Sédillot, le 6 juin dernier, porteur d'un goître qui lui occasionnait d'assez sérieux inconvénients, et dont il demandait à être débarrassé à tout prix. Le diagnostic fut : hypertrophie du corps thyroïde, avec kyste volumineux, à parois assez épaisses formées par le tissu même de la glande. Des injections iodées avaient déjà été faites sans amener d'autre résultat qu'une inflammation qui venait à peine de s'éteindre. M. Sédillot, redoutant les dangers graves qui pourraient résulter de l'extirpation par l'instrument tranchant, se décide à l'entreprendre au moyen de la pâte de Canquoin, en surveillant avec la plus grande attention les accidents hémorrhagiques auxquels le malade sera exposé. En conséquence, le 14 juin, il place une traînée de pâte de Vienne sur la ligne médiane du cou, fend l'eschare produite au bout de dix minutes, et y engage une languette de pâte de Canquoin. Symptômes de réaction à la suite. Le 18, l'eschare commence à se détacher. Le 27, elle tombe; M. Sédillot la remplace par une nouvelle languette de pâte de Canquoin qui, au bout de trente-six heures, a produit une autre eschare sèche et dure. Dans la journée, petite hémorrhagie, s'arrêtant spontanément. Dans la nuit du 3 juillet, hémorrhagie abondante d'un sang rutilant, lancé par jets saccadés isochrones au pouls; elle cède au perchlorure de fer employé topiquement. Le 5, dans la nuit, nouvelle hémorrhagie; la pâte de Canquoin en triomphe. Le 6, encore une hémorrhagie, cette fois beaucoup plus abondante, car la pâte de

Canquoin reste impuissante, et on ne la réprime qu'à grand'peine par le tamponnement et le perchlorure de fer. Dans la nuit du 8, trois nouvelles hémorrhagies coup sur coup, à deux heures d'intervalle; enfin, encore une le 13; on est venu à bout de ces dernières, soit par la pâte de Canquoin, soit par le tamponnement et le perchlorure de fer. Le malade a perdu beaucoup de sang, est pâle, anémié, mais il a bon courage; il a fini par perdre l'appétit; le pouls est très-fréquent. Le 14 juillet, l'eschare est tombée et l'on est arrivé dans le kyste; la plaie est profonde et remplie par une masse noirâtre. A dater de ce moment, plus d'hémorrhagie; la tumeur diminue peu à peu; la plaie se déterge, se couvre de bourgeons charnus qu'il faut réprimer plus d'une fois par la cautérisation. Au bout de deux mois, cicatrisation; mais le goître persiste, comme on en avait prévenu le malade.

Cette opération a réussi; mais M. Sédillot a fait remarquer que les hémorrhagies répétées qui ont mis la vie du malade en danger, doivent inspirer une grande crainte et une sage réserve dans les cas de ce genre; que la chirurgie ne possède pas encore de moyens opératoires capables d'inspirer sécurité et confiance pour le traitement de ces tumeurs thyroïdiennes; et qu'en conséquence le changement de climat, de milieu, de profession, de régime, les préparations iodées, sont les moyens qu'il est sage de préférer. (*Gaz. des Hôp.*, 1868, nº 45.)

Contribution à la question de la contagion de la phthisie. Cette question de la contagion de la phthisie est une de celles qui sont maintenant à l'ordre du jour. Quelle solution lui sera donnée de par l'observation? C'est ce qu'il n'est pas facile de prévoir; mais c'est ce qu'il serait bien important de connaître d'une manière sûre, car il est clair que, si la contagion de cette cruelle maladie était démontrée, un grand point serait obtenu en ce qui concerne son traitement préventif, au moins pour un certain nombre de cas. Malheureusement cette démonstration est loin d'être aisée, car plusieurs facteurs pouvant agir à la fuis pour donner naissance à la tuberculisation pulmonaire, rien n'est plus obscur que la part pour laquelle chacun peut intervenir. Quoi qu'il en soit, voici quelques faits qui, sans être probants, semblent déposer dans le sens contagioniste; ils sont empruntés au service de M. Drysdale, médecin d'un des hôpitaux de Londres destinés au traitement des phthisiques :

Obs. I. W. D., âgé de vingt-quatre ans. Son père est encore vivant, sa mère est morte à l'âge de quarante ans, mais il ne sait pas de quelle maladie. Il est malade depuis un an; jusqu'à cette époque, aussi loin que sa mémoire puisse remonter, il avait constamment joui d'une santé parfaite. Sa femme, dont il a toujours partagé le lit, a succombé à la phthisie en août 1866, et les premiers symptômes se sont manifestés chez lui en octobre suivant. Actuellement (octobre 1867) fréquence du pouls; toux fréquente, souvent accompagnée de vomissements; ongles hippocratiques; matité, expiration prolongée et craquements sous la clavicule gauche; faiblesse; amaigrissement; sueurs nocturnes. — Grâce au traitement, amélioration à la fin de décembre.

Obs. II. Mme A. R., blanchisseuse, âgée de trente-trois ans. Père et mère morts tous deux, mais non de phthisie. Elle présente, en octobre 1867, tous les signes rationnels de la tuberculisation pulmonaire, et de plus, au sommet des deux poumons, les phénomènes qui dénotent l'existence de vastes cavernes. Son mari est mort de phthisie en septembre 1865, comme le prouve son certificat de décès. Jusqu'à cette époque, elle avait eu toujours une très-bonne santé, et c'est peu de temps après seulement qu'elle a commencé à être malade. Morte en novembre; diagnostic confirmé par l'autopsie.

Obs. III. E. T., âgée de quarante-sept ans. Son père est mort à quatre-vingt-huit ans, sa mère à soixante-dix-sept; rien de suspect au point de vue de l'hérédité. Il y a quatre ans, elle a donné ses soins à une jeune fille qu'elle avait adoptée, qui était atteinte et est morte de tubercules pulmonaires; jusqu'au dernier jour, elle a couché dans la même chambre. C'est à la suite que sa santé s'est altérée, et un an après, elle a eu une hémoptysie. En novembre 1867, elle présente tous les signes de la phthisie confirmée. (*British medical Journal*, fév. 1848.)

Aiguilles introduites dans les tissus à l'insu des malades. A propos d'une discussion qui a eu lieu dernièrement à la Société de chirurgie, sur les effets des aiguilles métalliques introduites dans

les tissus, M. Ricord a rapporté l'histoire d'une aiguille qui s'était égarée dans le sein d'une actrice de Paris, non moins jeune et belle que distinguée. Cette actrice souffrait d'un mal au sein dont on ne pouvait parvenir à découvrir la cause. Le diagnostic flottait entre une tumeur adénoïde et une tumeur de nature squirrheuse. Le sein était douloureux, dur, légèrement bosselé. Peu désireuse de subir l'opération et d'être métamorphosée en amazone, la malade fit appeler M. Ricord en consultation. En examinant le sein avec le plus grand soin, l'habile chirurgien ne tarda pas à reconnaître, à un signe certain, qu'il s'agissait d'une aiguille enfoncée dans cet organe. En effet, pendant son examen, il s'était senti piqué par la pointe du corps étranger. Faire saillir l'aiguille au dehors et la retirer fut l'affaire d'un instant. Cela fait, au grand ébahissement de la malade qui ne savait ni comment, ni depuis quand l'accident lui était arrivé, la tumeur ne tarda pas à disparaître avec la cause qui l'avait produite.

Peu de temps après, M. Ricord fut encore appelé auprès d'un individu qui avait à la région crurale une tumeur rouge, dure et mamelonnée, dans laquelle ce chirurgien découvrit, à l'aide du même signe, la présence d'une aiguille. L'extraction du corps étranger fut suivie de la guérison du malade. Celui-ci ignorait également comment et depuis quand cette aiguille s'était introduite ainsi dans les tissus : elle y avait séjourné sans léser les vaisseaux, sans provoquer d'hémorrhagie.

Ces sortes de faits ne sont pas très-rares, et l'on en trouverait un certain nombre dans notre collection. Quoiqu'ils soient bien connus, ils sont bons à rappeler, car ils peuvent prémunir contre des erreurs de diagnostic fort communs dans de telles circonstances ; or, l'on voit à quoi elles peuvent conduire, puisque, dans le premier cas qui vient d'être rapporté, il ne s'agissait de rien moins que d'une amputation du sein à pratiquer. (*Union méd.*, 1868, n° 47.)

Cristallin luxé dans la chambre antérieure depuis plusieurs années ; ponction ; issue de la lentille liquéfiée ; retour de la vision. M. M., âgé de soixante et un ans, a été frappé par un éclat de bois sur l'œil droit, il y a douze ans, en 1856 ; depuis ce temps, la vision de ce côté a toujours été brouillée. Le 29 février dernier, M. Fano constate que l'œil gauche est très-bon ; le malade se sert de verres convexes n° 15, pour lire. De l'œil droit, il distingue à peine les objets usuels ; la conjonctive scléroticale offre une injection rayonnée ; les vaisseaux s'arrêtent à la circonférence de la cornée, qui est saine. La chambre antérieure est remplie par un corps qui a la forme, l'aspect et le volume du cristallin : la partie centrale de la lentille paraît seule un peu opaque ; tout le reste a conservé la transparence. Lorsque le malade remue l'œil, le cristallin déplacé éprouve des oseillations. Le patient étant assis sur une chaise basse, la tête assujettie et la paupière relevée par un aide, un couteau lancéolaire coudé est enfoncé à la partie inférieure de la circonférence de la cornée, à sa réunion avec la sclérotique. Dès que la lame est retirée, il s'écoule une substance qui ressemble à une solution épaisse de gomme ; et, après cette évacuation, la chambre antérieure est nette, la lentille qui y était a disparu. Le cristallin était donc liquéfié, bien qu'il eût conservé sa forme normale. On pratique l'occlusion des paupières, et le malade est couché. Le 4 mars, l'appareil contentif des paupières ayant été enlevé, on reconnaît que la chambre antérieure est très-nette. En se servant d'un verre à cataracte, M... distingue nettement, avec l'œil opéré, l'heure à une montre. Le 7, l'injection périkératique a diminué ; la pupille reste nette ; M... lit de l'œil opéré le numéro 20 de Jæger ; l'iris droit est un peu tremblotant. On ne peut retenir plus longtemps M..., qui s'en va à ses affaires et ne se ménage pas. Néanmoins, au bout de quelques jours, l'œil opéré est resté dans un état aussi satisfaisant. (*Gaz. des Hôp.*, 1868, n° 55.)

Traitement de l'orchite par la colléine. Il y a déjà plusieurs années qu'on a proposé de traiter l'orchite par le collodion, espérant de cette façon abréger la durée de cette maladie, toujours si longue et affectant spécialement des gens dans la force de l'âge, dont la santé reste saine du reste ; après quelques succès, cette méthode n'a rencontré que l'indifférence, ce qui tient, suivant nous, à ce qu'on n'a pas tenu compte des indications. Le collodinn peut être très-efficace ; mais, au début de l'orchite, si le gonflement

de l'épididyme est très-marqué, ce qui tient à une production d'exsudats phlegmasiques, il faudra un certain temps pour que les produits morbides se résorbent, et le collodion sera complétement inutile. Il n'en sera pas de même si la compression est pratiquée dès le début. Mais, comme le médecin est rarement appelé dans ces conditions, les mêmes objections applicables au collodion doivent être faites à la colléine proposée par M. Bonnière. Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas dangereux d'essayer la nouvelle méthode.

La colléine est la colle-forte liquide que l'on trouve chez tous les papetiers sous le nom de *colléine Cowtry*. Comme le collodion, cette substance se dessèche assez rapidement, moins vite que lui cependant. Par sa dessiccation, elle éprouve un mouvement de retrait assez considérable ; d'un autre côté, son application n'est pas douloureuse ; elle ne détermine pas d'ulcérations de la peau ; elle est soluble dans l'eau tiède : un cataplasme de farine de lin la ramollit assez en quelques heures pour permettre de l'enlever très-facilement ; en un mot, la *colléine* offre tous les avantages du collodion sans en présenter les désagréments.

Cela posé, voici le mode d'application :

1° On commence par raser tous les poils du scrotum et du pubis : on peut se servir à cet effet d'un dépilatoire, du sulfhydrate sulfuré de chaux, par exemple ;

2° On pratique dans le testicule gonflé de petites mouchetures avec la pointe d'une lancette : les petites ouvertures donnent issue à une quantité variable de sérosité et de sang, et il en résulte un soulagement immédiat ; la douleur, qui était intolérable auparavant, disparaît comme par enchantement :

3° Lorsque ce léger écoulement de sang est arrêté, on lave les parties avec de l'eau glacée qui amène une rétraction du scrotum ; puis on revêt les bourses d'un suspensoir *tricoté*, ces suspensoirs s'appliquant plus exactement que les autres ; celui que l'on choisit doit être un peu étroit, un peu juste, et d'un tissu épais, afin de nécessiter une quantité assez grande de liquide pour son imbibition ;

4° On imprègne le tout de *colléine Cowtry* à l'aide d'un pinceau de blaireau, et on tient les parties exposées à l'air, le siége fortement relevé sur un coussin, afin que les bourses prédominent bien sur le ventre et les cuisses.

Par suite de l'évaporation, la colléine ne tarde pas à se dessécher et à se rétracter, de sorte qu'au bout de quelques minutes les testicules sont maintenus et comprimés dans une coque rigide et solide : on connaissait déjà les bons effets de la compression sur les orchites ; mais on avait dû y renoncer faute de moyens convenables pour la pratiquer d'une manière toujours uniforme et constante. Le pansement produit les modifications suivantes :

Les mouchetures ont amené une détente de l'engorgement inflammatoire ; la tunique vaginale a été vidée ; l'organe a, par conséquent, perdu de son volume.

L'eau glacée intervient alors et amène une contraction énergique de la peau du scrotum et de tous les organes contenus dans les bourses, qui sont ainsi réduites à leur plus simple expression.

En ce moment, la colléine est appliquée sur ces organes rétractés et maintenus par le suspensoir ; elle se dessèche, et, par sa dessiccation, elle éprouve un retrait considérable (près du tiers de sa surface) ; dans ce mouvement de contraction, elle entraîne avec elle le suspensoir, et ensemble ils forment une coque solide, comprimant fortement les parties contenues dans leur cavité ; et au bout de quelques heures, les malades peuvent presque toujours se lever.

Emploi du collodion pour limiter la cautérisation par le fer rouge. Tous les chirurgiens savent combien il est difficile de borner l'action du cautère actuel, surtout quand on veut ne le porter que sur des points très-limités. Plus l'extrémité de l'instrument est tranchante ou pointue, plus elle a besoin d'être surmontée d'une partie épaisse ou renflée qui sert de réservoir au calorique indispensable pour obtenir une cautérisation profonde. Mais de ce réservoir, ce calorique rayonne sur les tissus voisins de ceux qu'on se propose d'atteindre, et détermine des brûlures du premier ou du second degré dans une étendue plus ou moins grande. C'est à ces brûlures que sont dues les douleurs qu'éprouvent les malades à la suite de toute cautérisation, le soulèvement de l'é-

piderme, puis la dénudation du derme, et quelquefois des plaies superficielles entourant le point escarrifié et se prolongeant plus ou moins longtemps.

Pour éviter cet accident, on a essayé de protéger par divers moyens les parties adjacentes au point sur lequel doit être appliqué le cautère actuel. Mais ces moyens, pour la plupart, ou sont insuffisants ou nuisent à la bonne exécution de l'opération. M. Voillemier se sert, depuis plusieurs années, d'un procédé plus simple et plus sûr, dont il a tiré grand profit, et dont il recommande la pratique. Voici en quoi il consiste :

Les parties sur lesquelles on doit appliquer le fer rouge étant préalablement essuyées avec soin, on commence par les enduire d'une ou deux couches de collodion ; au bout de quelques minutes, ces couches sont sèches, ce dont on est averti par la couleur blanche qu'elles prennent. Il faut attendre ce moment pour agir, autrement les vapeurs d'éther qui se dégagent s'enflammeraient au contact du fer rouge ; petit accident, du reste sans importance, car il suffit de souffler sur ces vapeurs pour les empêcher de s'enflammer ou pour les éteindre, mais qui pourrait effrayer le malade. Cela fait, on pratique la cautérisation suivant les règles ordinaires : le collodion est détruit à l'instant dans les points touchés par le cautère, dont il n'affaiblit pas l'action ; mais il reste étalé sur les parties voisines, où il forme une sorte d'épiderme artificiel, très-mince, il est vrai, mais qui, composé de cellulose pure, corps mauvais conducteur, suffit pour protéger les tissus contre le calorique rayonnant qui s'échappe du cautère.

La cautérisation terminée, si l'on enlève le collodion, on trouve la peau blanche et saine ; mais il est préférable de le laisser en place, parce que son action constrictive sert à empêcher, dans une certaine mesure, l'abord des liquides dans les tissus, provoqué par la chaleur du cautère.

Ce procédé, déjà utile quand on pratique la cautérisation sur des articulations ou des parties planes, l'est encore bien davantage, pour des motifs faciles à comprendre, quand on doit agir sur certaines régions, telles que l'aisselle, l'anus, ou une partie située dans une cavité profonde, comme le col de l'utérus au fond du vagin. (*Gaz. des Hôp.*, 1868, nº 61.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Abcès aigu du tibia. Trépanation. M. Péan a présenté dernièrement à l'Académie une malade chez laquelle s'était développé spontanément un abcès aigu de l'épiphyse supérieure du tibia. La maladie, qui d'ailleurs était fort circonscrite, donnait lieu à des douleurs tellement violentes, qu'elles arrachaient des cris continuels à la malade. Plusieurs chirurgiens avaient pensé qu'il y avait une ostéite syphilitique et avaient eu vainement recours à l'iodure de potassium. En présence de l'intensité des douleurs et de l'inflammation aiguë qui se propageait à l'articulation du genou, remarquant d'ailleurs que les tissus qui recouvraient l'épiphyse étaient chauds et légèrement œdématiés, M. Péan pensa qu'un abcès aigu, datant seulement de quelques semaines, s'était développé dans l'épiphyse du tibia et menaçait d'un jour à l'autre de donner lieu à une arthrite suppurée. Il appliqua alors le trépan, et ce ne fut qu'après avoir enlevé successivement le tissu compact et une portion assez épaisse de tissu spongieux qu'il tomba dans la cavité bien limitée d'un abcès qui fournit une suppuration phlegmoneuse. A partir de ce moment, les douleurs s'arrêtèrent comme par enchantement, l'hydarthrose aiguë disparut rapidement, et la malade recouvra les forces et la santé.

Ce fait est surtout remarquable en ce qu'il démontre, contrairement à ce qui avait été décrit jusqu'alors, que les abcès douloureux des épiphyses peuvent suivre une marche assez aiguë pour donner lieu aux accidents les plus graves, et en particulier à une synovite qui, si elle était abandonnée à elle-même, produirait une suppuration de mauvaise nature, à laquelle il serait difficile ensuite de remédier. La trépanation, dans ce cas, constitue une ressource de premier ordre : elle suffit à enrayer immédiatement la marche des accidents.

A ce sujet, M. Péan fait observer que la trépanation des épiphyses peut donner également les résultats les plus efficaces chez les malades qui sont affectés d'ostéite aiguë, diffuse et

profonde des diaphyses, au moment où l'inflammation menace de s'étendre aux articulations voisines et de donner lieu à une arthrite suppurée promptement mortelle.

Chez un malade auquel il donna ses soins, il y a deux ans, à l'hôpital Beaujon, pendant qu'il remplaçait par intérim M. Jarjavay, de si regrettable mémoire, l'inflammation profonde de la diaphyse était telle, que, dans l'espace de quelques jours, le périoste et le tissu cellulaire étaient décollés par une suppuration de la plus mauvaise nature et dont la marche n'était pas ralentie par de longues incisions jusqu'à l'os, pratiquées de bonne heure.

Voyant que l'articulation du genou était elle-même le siége d'une tension douloureuse due à la présence d'une hydarthrose aiguë, et craignant les dangers de la synovite qui aurait produit rapidement la suppuration, il n'hésita pas à trépaner largement l'épiphyse supérieure du tibia au voisinage de la synoviale.

Le succès couronna ses espérances, car pendant l'opération il put se convaincre que le tissu spongieux de l'épiphyse était vascularisé et contenait déjà quelques gouttes de pus.

Les jours suivants, en même temps que l'hydarthrose aiguë disparaissait, du pus, provenant du canal médullaire, se faisait jour par la plaie du trépan, et, à partir de cette époque, l'état local et l'état général furent si heureusement modifiés, que la guérison complète fut rapidement obtenue.

M. Péan, tout en insistant sur les bienfaits qu'il a retirés de cette nouvelle méthode, insiste également sur l'importance qu'il y a, dans les cas semblables, à trépaner de bonne heure, sous peine de voir échouer une opération qui deviendrait inutile, dès l'instant où l'inflammation aurait produit au-dessus de la portion accessible, dans l'articulation par exemple, des désordres trop avancés. (*Académie de médecine.*)

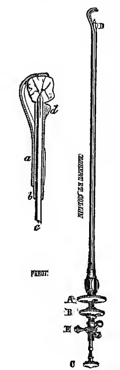
Nouveau brise-pierre uréthral. M. Reliquet propose un instrument composé :

1° D'une branche recourbée à son bec comme une curette uréthrale ordinaire, à son extrémité manuelle, elle offre en A une rondelle et au delà un pas de vis sur lequel se meut le volant E ;

2° Une branche mâle BD, munie en B d'une rondelle manuelle terminée en D par un orifice dentelé offrant latéralement une saillie mousse qui écarte la muqueuse uréthrale des dents ;

3° Un perforateur C occupe la cavité de la branche mâle, se termine par une pointe à quatre pans, et en C un pas de vis qui répond à celui de l'orifice externe de la branche mâle.

La manœuvre pour prendre le gra-



vier se fait de deux façons : ou bien on manie l'instrument comme le brise-pierre uréthral dont se servait Civiale, ou bien on introduit la branche femelle seule, et s'en servant comme de la curette uréthrale ordinaire, on fait passer son bec en arrière du gravier ; alors on conduit la branche mâle munie du perforateur, mais dont la pointe ne dépasse pas l'orifice dentelé. La saillie mousse de cette branche mâle qui glisse dans la canelure de la branche femelle, empêche d'accrocher la muqueuse.

Le gravier tenu entre la curette et

l'orifice dentelé, on le fixe avec le volant.

Pour broyer, on comprime les graviers entre la curette et l'extrémité de la branche mâle avec le volant, puis on agit avec le perforateur dont la pointe entre comme une vrille dans le gravier comprimé. Après quelques tours donnés au perforateur, on comprime de nouveau avec le volant et on revient au perforateur. Si on a affaire à un gravier très-dur, chaque fois qu'on aura agi avec le perforateur, on rentrera sa pointe dans le tube de la branche mâle pour ne comprimer qu'avec l'orifice dentelé.

Par cet appareil de broiement, le gravier, si dur qu'il soit, est divisé sur place en fragments multiples, sans qu'on soit exposé à lui imprimer le plus léger mouvement de va-et-vient capable de déchirer l'urèthre. Le broiement fait par l'extrémité de la branche mâle, près de la curette, on peut, par sa cavité, le perforateur retiré, faire une injection dont le liquide, frappant contre la curette, déplace les débris du gravier et les chasse en avant; même sans injection, l'instrument retiré, les débris sortent d'eux-mêmes, entraînés par le jet d'urine.

Ce nouveau brise-pierre uréthral, en permettant de broyer sur place les graviers les plus durs, n'oblige plus à les retirer, ce qui produisait souvent, sinon toujours, des éraillures de l'urèthre.

Avec lui, on peut fragmenter les graviers arrêtés dans les régions membraneuses et prostatiques, sans pincer les parois de l'urèthre. (*Académie de médecine.*)

Lipome pris pour un kyste synovial; valeur des phénomènes de la fluctuation et de la crépitation dans le diagnostic différentiel des lipomes et des kystes synoviaux. Dans la séance de la Société de chirurgie du 29 avril dernier, M. Trélat a fait connaître une erreur de diagnostique (les erreurs sont souvent plus instructives que les succès) qu'il a commise dans les circonstances suivantes. Il a été consulté par un homme de cinquante-huit ans, horticulteur, pour une tumeur occupant la paume de la main gauche, étendue de l'éminence thénar à l'éminence hypothénar, et formée de deux lobes séparés par l'arcade palmaire. La fluctuation était des plus caractérisées et telle que M. Trélat ne douta pas qu'il ne s'agît d'un kyste synovial. Cependant on n'y sentait pas la crépitation résultant du déplacement des grains hordéiformes que l'on trouve dans ces kystes; mais on percevait une sorte de susurrus profond que l'on pouvait attribuer à la présence de ces grains en petit nombre. Entièrement convaincu qu'il s'agissait d'un kyste synovial, M. Trélat fait une première ponction : pas de résultat; puis une seconde ponction avec un trocart un peu plus gros, qui n'est pas suivie de plus d'effet. Reconnaissant alors mentalement qu'il s'était mépris, il pratique une incision de 3 centimètres par laquelle il voit aussitôt saillir une masse graisseuse dont il opère l'extraction.

M. Trélat n'est pas le premier, comme on sait, à avoir commis cette erreur, dans laquelle il a été entraîné par la sensation de fluctuation et par celle de crépitation qu'il a perçues dans la tumeur lipomateuse. Ce fait est donc une preuve nouvelle qu'il faut se tenir en garde contre ces symptômes, et ne pas baser sur eux un diagnostic avant d'avoir fait une ponction exploratrice. (*Union méd.*)

Polype fibreux intra-utérin; difficulté de son diagnostic d'avec une inversion partielle de la matrice; résultats décisifs de l'acupuncture employée comme moyen de diagnostic; ablation, suivie de guérison. Le choix et l'application des moyens thérapeutiques dépendent tellement du diagnostic, que nous ne nous éloignons pas, cela est évident, de l'objet de notre journal, en y consignant un fait qui tire son principal et même son unique intérêt du moyen mis en usage pour reconnaître la nature de la maladie. Nous empruntons ce fait, avec les conclusions qui le suivent, à un très-intéressant mémoire lu par M. le docteur Guéniot, chirurgien des hôpitaux, à la Société de chirurgie, dans sa séance du 26 juin 1867.

Le 1er septembre 1866, M. le professeur Richet appela spécialement l'attention de M. Guéniot, qui prenait son service par intérim à l'hôpital de la Pitié, sur une femme de cinquante-six ans, à laquelle il avait excisé un polype utérin, trois semaines auparavant. Chose singulière, presque aussitôt après la section, une autre

tumeur était venue prendre la place de la première. Mais quelle était la nature de cette tumeur? Était-ce un second polype fibreux, ou une inversion partielle de la matrice, conséquence des manœuvres nécessitées par l'opération qui venait d'avoir lieu? Telle était la difficulté à résoudre, et elle était prononcée à ce point, que M. Richet, après examen minutieux, cathétérisme utérin, exploration réitérée, n'était pas encore parvenu à se faire une opinion. M. Guéniot hérita naturellement de toutes les incertitudes de cet habile maître, relativement au diagnostic, ainsi que de toutes ses appréhensions touchant une opération (ablation ou réduction) qui, sans être urgente, ne pouvait cependant être bien longtemps différée.

Sans entrer dans des détails que l'espace ne nous permet pas ici, nous nous bornerons à dire que ni les symptômes, ni les données fournies par les divers procédés d'exploration, n'étaient suffisants pour lever les doutes, et que, si la circonstance d'un polype utérin précédemment enlevé et la grande rareté des inversions partielles de la matrice s'accordaient pour rendre infiniment plus probable l'existence d'une tumeur fibreuse, cependant il n'y avait que probabilité, c'est-à-dire incertitude, et partant pas de fondement solide pour décider du traitement à mettre en œuvre. C'est alors que M. Guéniot eut l'idée de recourir à l'acupuncture, moyen d'exploration aussi dépourvu de danger que simple dans son application, et qui vint fournir les éléments d'une bonne démonstration.

La malade placée convenablement et le spéculum introduit de manière à bien mettre à découvert le segment inférieur de la tumeur, qui s'apercevait à travers l'orifice du col assez largement dilaté, le chirurgien tenta d'enfoncer dans l'épaisseur de cette tumeur une épingle à insecte solidement fixée au bout d'une pince. L'épingle, après avoir pénétré de 2 à 3 millimètres, ne put aller plus avant; la résistance du tissu la fit courber. Même résultat avec une épingle plus forte. Pendant cette double épreuve, nulle manifestation de douleur de la part de la malade, qui n'avait pas été avertie. Dès lors, le diagnostic était fait; il résultait de ces deux caractères : insensibilité absolue et densité de la tumeur, joints, du reste, aux autres signes observés. En effet, le tissu utérin, dans le renversement de la matrice, demeure sensible et sa consistance diminue plutôt qu'elle n'augmente, par suite des congestions dont l'organe devient alors le siége.

Les choses étant ainsi, M. Guéniot pratiqua, le 19 octobre, à l'aide d'un serre-nœud, l'ablation de la tumeur, qu'il reconnut être implantée vers le fond, à droite et en arrière de la cavité utérine. La malade sortit de l'hôpital, en très-bon état, le 1er novembre suivant.

De ce fait, et des considérations par lui développées à son occasion, M. Guéniot se croit, et nous le croyons autorisé à conclure : 1° que, grâce aux données fournies par l'acupuncture sur le degré de consistance et sur l'état sensible ou insensible des tumeurs intra-utérines, ce mode d'exploration permet de distinguer les polypes fibreux de la matrice du renversement *partiel* de cet organe; 2° que les polypes à tissu altéré, ramolli, ou dont la surface reste sensible par la présence d'une portion de muqueuse utérine, constituent les cas exceptionnels qui, seuls, peuvent se soustraire à ce procédé de démonstration diagnostique; 3° enfin, que dans l'examen des tumeurs profondes, l'acupuncture trouve des indications propres à côté de celles du cathétérisme utérin, le premier de ces modes d'exploration étant, pour le diagnostic des inversions *partielles* de la matrice, ce que peut être le second pour le diagnostic des inversions *complètes* de cet organe. (*Arch. gén. de méd.*)

Nouveaux moyens hémostatiques contre l'hémorrhagie utérine. M. Béclard a présenté à l'Académie de médecine, au nom de M. le docteur Chassagny (de Lyon), une brochure ayant pour titre *Nouveaux moyens hémostatiques avant et après les accouchements compliqués d'insertion du placenta sur le col*, et, au nom de M. Galante, les instruments à l'aide desquels on réalise cette double indication.

Voici la note qui accompagne cette présentation :

1° Avant l'accouchement et sans attendre les hémorrhagies graves qui en accompagnent le début, M. Chassagny intervient en substituant le tamponnement intra-utérin au tamponnement vaginal. Ce tamponnement est pratiqué à l'aide d'une sonde mousse de 8 millimètres de diamètre (fig. 1), contenant, dans sa ca-

vité, une ampoule de caoutchouc du volume d'une grosse noix sans distension préalable, et susceptible, avec une injection, d'acquérir le volume d'une orange. Cette ampoule est déposée de la manière la plus sûre dans la cavité utérine, avec un décollement insignifiant et une pénétration exactement limitée à 5 centimètres et demi, épaisseur du col comprise.

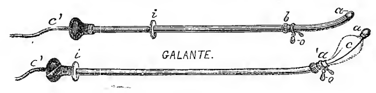


Fig. 1.

Chassée par les contractions utérines, elle décolle le placenta et arrête l'hémorrhagie en s'interposant dans le vide produit par ce décollement ; lorsqu'elle est expulsée, la dilatation est assez considérable pour rendre possibles toutes les manœuvres obstétricales.

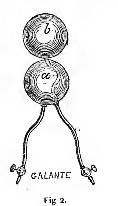


Fig 2.

Cette ampoule peut servir non-seulement à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, mais encore à dilater l'utérus, et permettre de pénétrer dans sa cavité dans les cas d'avortement, de rétention de tout ou partie de l'œuf, de caillots, etc.; à faciliter le diagnostic et l'extraction d'un polype, d'une tumeur fibreuse, etc.

2° Après l'accouchement, l'hémorrhagie est arrêtée par un double ballon hémostatique (fig. 2). Si l'inertie est complète, le ballon supérieur est introduit, puis gonflé dans la cavité utérine ; l'inférieur, extra-utérin, comprime la cavité cervicale.

Lorsque l'inertie se borne au col et aux parties voisines, le fond étant déjà revenu sur lui-même, le ballon inférieur remplit le vagin, et le supérieur s'appuie sur lui pour aller comprimer la cavité du col et du sommet non encore rétractés. (Séance du 2 juin.)

VARIÉTÉS.

M. le professeur Bonillaud vient d'être élu membre de l'Institut.

M. Chassaignac a été nommé membre de l'Académie de médecine, dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Follin.

M. Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris, est nommé professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté (hôpital des Cliniques), en remplacement de M. Jarjavay, décédé.

Le décès de M. le docteur Laborie laissait vacante la place de chirurgien en chef de l'Asile impérial de Vincennes. L'importance du service médical a justifié la nomination de deux médecins. en remplacement d'un chirurgien. M. le docteur du Mesnil et M. le docteur Brémoud, médecin du lycée Napoléon, se diviseut aujourd'hui le service médical de l'Asile.

M. le docteur Houel est nommé chirurgien au lycée impérial Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Jarjavay, décédé.

M. le baron Larrey, médecin inspecteur, est nommé président du conseil de santé des armées.

M. Laveran, médecin inspecteur, est nommé membre du conseil de santé des armées.

M. Lustreman, sous-directeur et professeur à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaire. est promu au grade de médecin inspecteur.

Par décret en date du 4 mai, ont été nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Bouquet et Louis, médecins-majors de 2e classe.

S. M. le roi Victor-Emmanuel vient de nommer M. le docteur Caffe commandeur de ses ordres.

Par décret eu date du 8 mai 1868, 199 médailles (37 d'or, 106 d'argent et 56 de bronze) ont été décernées aux personnes qui se sont distinguées dans la dernière épidémie cholérique.

Dans cette liste de récompenses, nous relevons les nums des médecins suivants :

Médailles d'or : MM. Coqueugnot (Nolay); Guibert (Saint-Brieuc); Etesse (Yffiniac); Turquet (Lannion); Savidan (Lannion); Delannégrie (Morlaix); Lehir (Morlaix); Richer-Deforges (Morlaix); Brault (Saint-Servan); Richard (Fougères); Pitois (Rennes); Laffitte (Rennes); Yvonneau (Mer); Rabouin (Saint-Florent-le-Vieil); Dumoncel (Granville); Houssard (Avranches).

Médailles d'argent : MM. Clérissy (Nice); Scoffier (Nice); Sirop (Saint-Eloi-de-Gy); Pernin (la Rochepot); Latière (Yffiniac); Perrichun (Plenée-Jugon); Thémoin (Saint-Tréphine); Gillet (Lannion); Le Barzic (Lannion); Le Dantec (La Rocbe-Derrien); Guezennec (Tréguier); Toussaiut (Lannion); Tassel (Lannion) : Le Guern (Lannion); Cosmao-Duménez (Pont-l'Abbé); Guéguen (Pont-l'Abbé); Lanuurien (Morlaix); Le Febvre (Morlaix); Le Stir (Morlaix); Le Bozec (Morlaix); Lacarducbère (Morlaix); Gonée fils (Saint-Servan); Deroyer (Fougères); Delatouche (Fougères); Pierre (Fougères); Manceau (Saint-Brice); Nicole (Antrain); Champion (Antrain); Gratien (Bazouges-la-Pérouse); Cabrye (Reunes); Drouadenne (Rennes); Havard-Duclos (Vitré); Cuuy (Pleine-Fougères) : Rucher (Pleine-Fougères); Cambernon (Granville); Touzé (Granville); Benoît (Granville); Davalis (Granville); Cocbet (Saint-James); Gautier (Saint-James); Chevalier (Saint-James); Bellet (Pontorson); Lair (Pontorson); Crépy (Longwy); Constantin (Moyeuvre); Lejeal (Valenciennes); Cuisinir (Guines); Garasse (Gaffiers); Plouvier (Pernes); Robineau (Fontenay-le-Comte); Mangou (Fontenay-le-Comte).

Médailles de bronze : MM. Bourgonnière (Pordic); Joubin (Saint-Quay); Hourdel (Etaples); Héry (Plestin); Leclerc (Pont-l'Abbé); Hermange (Rennes); Pabier (Etrelles); Lafond (Torcy); Ed. Paul (Amiens).

L'Académie des sciences a tenu le 18 mai 1868 sa séance publique annuelle. Voici les noms des lauréats :

Prix de physiologie expérimentale. — MM. Cyon, Baillet. — Mention honorable : M. Moura.

Prix de médecine et de chirurgie. — MM. Chauveau, Courty, Lancereaux.— Mentions honorables : MM. Max Schultze, Hérard et Cornil, Foissac, Villemin, Bergeron, Magitot. — Mentions honorables : MM. Bouchard, Prévost et Cottard, Estor et Saintpierre, Ordonez, Commenge.

Prix Bréant. — Récompense : MM. Charles Huette, Mesnet. — Mentions honorables : MM. Jobert, Rigodit, Michon (d'Essoyes).

Prix Barbier. — M. Huguier.

Prix Godard. — M. Charles Legros. — Mention honorable : M. Larcher.

La Société de médecine de Bordeaux met au concours les questions suivantes :

1° « Caractères qui établissent la viabilité chez les nouveau-nés, au point de vue de la médecine légale. »

Le prix sera une médaille d'or de 300 francs. Le terme de rigueur du concours est fixé au 31 août 1868.

2° « Action physiologique et thérapeutique de l'alcool. »

Le prix sera une médaille d'or de 300 francs. Le terme de rigueur du concours est fixé au 31 août 1869.

Adresser les mémoires, sous les formes académiques, à M. le docteur Ch. Dubreuilh, rue Saint-Victor, 1, à Bordeaux.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le doyen est autorisé à accepter, aux clauses et conditions déterminées par le testateur, le legs fait à cette Faculté par M. Fontaines, docteur en médecine, d'un capital de 10,000 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné à l'auteur de la meilleure thèse de docteur soutenue dans l'année précédente.

Annuaire de l'internat. — La commission instituée pour cette publication a décidé que l'*Annuaire* serait composé de trois parties :

La première comprendra toutes les promotions depuis la fondation de l'internat en 1802;

La deuxième, la liste des internes par ordre alphabétique.

Ces deux premières parties sont complètement terminées.

La troisième comprendra l'*indication de la résidence* des internes, en France ou à l'étranger. Pour celle-ci, les membres de la commission n'ont à leur disposition que peu de renseignements. Aussi, pour qu'elle soit aussi complète que les deux premières, ils prient de nouveau leurs collègues qui n'ont pas encore répondu à leur appel, de vouloir bien envoyer dans le plus bref délai, à M. le docteur L. Martineau, 14, rue de Beaune, Paris, les renseignements suivants :

1° Leurs nom et prénoms;
2° La date de la promotion;
3° L'indication de leur résidence.

Nous apprenons la triste nouvelle de la mort de M. le docteur Dieulafoy, membre correspondant de l'Académie de médecine à Toulouse, ancien professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de cette ville, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice de la Grave, officier de la Légion d'honneur, etc.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Étude comparative de la gastro-entéralgie et de la dyspepsie gastro-entéralgique (1);

Par le docteur Guipon, médecin en chef des hôpitaux de Laon,
lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.

2e CATÉGORIE.

GASTRO-ENTÉRALGIES PLUS DIFFICILES A CARACTÉRISER, PAR SUITE DE LEUR COMBINAISON AVEC UNE DES FORMES DE LA DYSPEPSIE.

Obs. IX. *Dyspepsie atonique ancienne, compliquée de névralgie gastrique intense (gastralgie proprement dite). Traitement méthodique et successif des plus nets et des plus satisfaisants.* — 8 septembre 1864. Une dame, âgée de quarante ans environ, très-impressionnable et délicate, bien réglée, mais plus souffrante à ses époques, éprouvée par de longs et profonds chagrins, s'effrayant de tout, voire d'un traitement reconnu nécessaire, mais qu'elle ajourne sans cesse, réclame enfin mes conseils, sur les instances de sa famille, qui s'alarme, à juste titre, de sa position.

J'apprends que la malade souffre, depuis quinze jours environ, de l'estomac, au point de ne plus oser rien prendre, car ses douleurs, très-vives dans l'intervalle des repas, deviennent intolérables ensuite.

Elle est atteinte, depuis plus de quinze ans, d'une névralgie faciale droite habituelle qui s'accompagne fréquemment de névralgie du sein gauche (névralgie croisée). Cette névrose douloureuse ayant cessé brusquement, elle a éprouvé les accidents gastriques dont il vient d'être parlé. Elle ne doute pas, enfin, que sa névralgie ordinaire *ne se soit jetée sur son estomac.*

Cependant, depuis fort longtemps aussi, ses digestions sont laborieuses, très-lentes, sans acidités ni douleurs marquées, et traversées parfois de rejet de matières pituiteuses, surtout quand elle a fait abus de liquides froids ou de fruits crus. L'atonie de l'estomac est telle, que la digestion n'est pas terminée souvent en douze heures, même avec l'alimentation la plus modérée.

La malade vient de se purger de son chef, pensant que ce sont les *humeurs qui la tourmentent.* Je me contente de lui conseiller un régime léger, composé principalement de potages, et une infusion de feuilles d'oranger entre les repas.

14. La gastralgie n'a cédé en rien : le bouillon, l'eau même l'exaspèrent. La malade se désole et réclame à tout prix du soulagement.

---

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 481.

Je n'hésite pas à diagnostiquer une névralgie de l'estomac, surajoutée accidentellement à une dyspepsie atonique chez une personne affaiblie et sujette, de longue date, à des névralgies faciale et mammaire. Je me propose donc de dissiper la complication avant d'aborder la médication antidyspeptique proprement dite. Je prescris, en conséquence :

Pilules avec extrait alcoolique de stramoine, 25 milligrammes; extrait thébaïque, 1 centigramme, à raison de trois dans les vingt-quatre heures, à intervalles égaux;

Frictions matin et soir avec le glycérolé calmant sur tout le creux épigastrique. — Régime *ut suprà.*

18. Le soulagement est des plus sensibles; les pilules ont été prises exactement à raison de trois dans les vingt-quatre heures; il n'a pas fallu en élever le nombre; elles n'ont causé que de très-faibles troubles du côté de la vue; les douleurs épigastrique et dorsale sont presque nulles; il en est revenu de légères à la tête, comme j'en avais averti la malade; il y a plus de disposition à manger.

Potages, œuf, vin de Bordeaux coupé, une pilule matin et soir; le reste *ut suprà.*

24. L'élément névralgique est entièrement dissipé; l'époque menstruelle s'est accompagnée de fortes coliques utérines, comme toujours; les digestions restent lentes et difficiles. Le vin est difficile à supporter : il provoque des pituites et parfois de l'acescence.

Sous-nitrate de bismuth		25 centigr.
Magnésie	ãã	10 —
Gomme arabique pulvérisée		
Extrait de noix vomique		5 —
Codéine		1 —

M. S. A. pour une prise avant chaque repas.
Potages gras, viandes rôties.

28. Résultat des plus satisfaisants : les digestions se font mieux, l'appétit augmente; la malade reprend confiance et de l'entrain; elle se dispose à faire un petit voyage que je lui conseille.

Augmenter encore la nourriture, en évitant le plus possible les légumes farineux, la pâtisserie, les fruits.

Continuer la poudre digestive, qui devra être suspendue dans huit jours, si les digestions sont bonnes, et reprise deux ou trois fois par semaine.

Traitement ferrugineux consécutif.

Obs. X. *Entéralgie existant concurremment avec une dyspepsie intestinale flatulente; déplacement puis guérison de la viscéralgie par l'emploi des sédatifs à haute dose et des révulsifs cutanés.* — 23 mars 1867. Un manouvrier, assez robuste, mais peu intelligent, âgé de cinquante-trois ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Laon, salle Saint-Augustin, n° 7, se plaignant de violentes douleurs intestinales, sans fièvre ni diarrhée, non exaspérées par la pression, conti-

nues avec exacerbations, siégeant principalement dans les parties moyenne et inférieure du ventre, existant depuis trois semaines, et aussi bien à jeun que pendant les digestions; du reste, le malade mange peu, car ses repas sont suivis, au bout de quelques heures, principalement la nuit, de flatulence intestinale, qui ajoute à son malaise et l'empêche de dormir. Ayant constaté, en outre, des signes d'embarras des voies digestives, je prescris un éméto-cathartique, suivi de l'usage de la camomille et d'une potion antispasmodique, avec camphre et sirop d'éther.

Le 27. La flatulence a diminué, mais les douleurs intestinales sont des plus vives et ne laissent aucun repos au patient, qui s'agite et se lamente.

2 pilules avec extrait de stramoine 5 centigrammes et castoréum 10 centigrammes chacune.

Du 28 au 30. Peu d'amélioration, bien que le nombre des pilules ait été élevé à 4 dans les vingt-quatre heures.

Le 31, 5 pilules.

1er avril. — Grand soulagement; quelques troubles physiologiques dus à la stramoine, tels que sécheresse de la bouche, troubles visuels et un peu de dysurie; mais les douleurs se sont portées sur la région lombaire droite et ne retentissent dans les intestins que quand les crises sont un peu fortes.

Large vésicatoire sur le côté, pilules *ut suprà*.

2. L'amélioration progresse, quoique les douleurs lombaires persistent encore. — 4 pilules.

3. Mieux presque complet; le malade, effrayé du voisinage de plusieurs moribonds, insiste, malgré mes représentations, pour avoir sa sortie. Il n'est pas revenu depuis.

REMARQUES ET CONCLUSIONS.

Les considérations sur lesquelles nous nous sommes arrêté au début de ce travail; les détails dans lesquels nous sommes entré dans l'exposé des observations, d'autant plus largement qu'elles offraient plus de difficultés et qu'elles réclamaient, par conséquent, une plus grande attention, pourraient nous dispenser de tout commentaire. Cependant, il ne sera pas inutile que nous fassions ressortir quelques points de pratique que comporte cette étude, de manière à ne laisser planer aucun doute sur la question, dussions-nous répéter sous une autre forme ce qui a été déjà dit.

Les névroses de l'appareil digestif ont une existence réelle, positive, non pas accidentelle et extraordinaire, mais d'une durée variable comme les mêmes troubles nerveux des autres organes, et d'une fréquence en rapport avec l'activité fonctionnelle de cet appareil et avec les nombreuses causes, soit générales, soit locales, qui peuvent lui faire subir leur influence. De ces névroses, les plus

saillantes, sinon les plus communes, celles qui frappent le plus l'attention et provoquent le plus l'intervention de l'art, ce sont les névroses qui mettent en jeu la sensibilité des organes; en un mot, les névroses douloureuses. Longtemps, comme on le sait, toute souffrance des viscères abdominaux, principalement du tube digestif, même celle que déterminait une lésion organique, était mise au compte des gastralgies. Le premier progrès important fut la distinction nette et radicale des gastro-entéralgies essentielles, c'est-à-dire qui ne relèvent pas d'une lésion organique actuelle et appréciable. Tout n'était pas fait cependant : l'observation attentive, l'examen des faits cliniques devait compléter ce progrès et le rendre définitif, en démontrant que les névroses douloureuses des organes digestifs appartiennent à deux ordres différents, ou plutôt ont deux manières d'être différentes, tout en ayant le même point de départ anatomique ; les unes, en effet, sont des névralgies pures et simples et procèdent comme elles ; les autres, au contraire, sont liées intimement au travail de la digestion et appartiennent au grand groupe nosologique des dyspepsies ; les premières naissant et se manifestant en dehors de la fonction digestive, pouvant être accrues ou quelquefois suspendues momentanément pendant son exercice ; les secondes dépendant de la fonction troublée, à telles enseignes qu'on les fait disparaître en supprimant la fonction et qu'on les réveille en rappelant les organes digestifs à l'activité.

Et qu'on se garde de penser que ce ne soit là que le fruit d'une analyse subtile et vaine. C'est bien et dûment le résultat d'une observation exacte, très-répétée, réfléchie, sans spéculation aucune, sans le moindre effort d'imagination. Quant à son utilité, elle se comprend à première vue, car il va de soi que deux maladies de nature différente, quoique semblables en apparence, ne céderont pas également à la même action thérapeutique ; mais elle se révèle surtout dans la pratique ; elle se démontre expérimentalement, je veux dire cliniquement. Appliquez aux gastro-entéralgies et aux dyspepsies douloureuses un remède uniforme, sans distinction de temps, et, à moins d'un hasard heureux, qui ne se reproduira pas souvent et qui ne servira qu'à vous illusionner davantage, vous ne réussirez pas à guérir cette maladie si simple. Variez, au contraire, votre médication suivant la nature des accidents morbides ; traitez les uns comme une névralgie, les autres comme une dyspepsie, en tenant compte du caractère, des causes, etc., et vous obtiendrez un résultat souvent aussi prompt qu'heureux, qui ne sera plus l'excep-

tion, mais la règle. Si le succès se fait attendre, vous saurez vite à quoi l'attribuer, comment y parvenir ; il y aura donc tout à la fois satisfaction et certitude plus grandes. Le progrès du diagnostic, ici comme ailleurs, plus même que dans mainte autre circonstance pathologique, dans laquelle la connaissance exacte du siége et de la nature de la maladie contente l'esprit sans avancer le traitement, a donc amené directement le progrès thérapeutique.

Mais, en médecine, où tant de conditions, tant de causes particulières et générales se mêlent et combinent leurs effets, les faits n'ont pas toujours cette simplicité, cette unité, qui forment l'idéal à jamais réalisable de tous les hommes portés aux vues théoriques, aux abstractions, et fournissent à d'autres des arguments spécieux pour refuser à la science médicale la certitude relative qu'elle possède, et jusqu'au titre de science, auquel elle a incontestablement droit, car savoir beaucoup et beaucoup voir, conditions essentielles de toute science, sont le fond même et la nécessité première de la médecine. Il résulte donc de l'observation que les deux genres de névroses des organes de la digestion n'existent pas toujours isolément ; qu'elles se montrent parfois simultanément, c'est-à-dire qu'un dyspeptique se trouve atteint dans quelques circonstances de gastro-entéralgie, comme il pourrait l'être d'une névralgie externe, d'un rhumatisme, d'une affection quelconque. Le problème, pour être plus complexe, n'en est pas insoluble, bien s'en faut. Il suffit d'interroger les antécédents du malade, de noter la marche et les principaux caractères de la maladie ; on ne tarde pas alors à être fixé sur un ou plusieurs des points suivants, qui éclairent la situation : le malade est habituellement dyspeptique ; sa dyspepsie était flatulente, type, comme on sait, de beaucoup le plus ordinaire, ou nerveux, c'est-à-dire gastralgique, avec plus ou moins d'intensité, mais aussi avec une périodicité correspondant exactement aux digestions, et nous avons établi que ces retours douloureux ont lieu communément peu de temps et quelquefois immédiatement après les repas, en se prolongeant pendant toute la phase gastrique de la digestion pour la dyspepsie gastralgique, et quatre à six heures après l'ingestion alimentaire pour la dyspepsie entéralgique [1]. C'est le cas le plus embarrassant ; mais, avec ce premier point de repère, on est déjà bien près d'être sur la voie. Si la dyspepsie est acide ou atonique, la difficulté n'est pas plus grande que pour la flatulente.

---

[1] *Traité de la dyspepsie*, p. 102 et 139.

D'un autre côté, on apprend que les souffrances dont on se plaint le plus vivement, car c'est ce qui porte surtout à consulter, datent de peu de temps ; qu'elles sont aiguës ; que dans les moments d'exacerbation, dans ce qu'on appelle les *crises*, elles s'étendent plus ou moins en dehors de leur siége fixe, soit l'estomac, soit l'intestin ; qu'elles sont peu ou point influencées par le travail de la digestion ; qu'en tous les cas, si elles sont accrues par ce travail, elles n'en existent pas moins en son absence et alors même qu'il est suspendu par le fait de la diète ; enfin, pierre de touche qui a une haute valeur, la névralgie viscérale se déplace souvent à la suite du traitement pour se porter soit dans la même région, soit au loin sur les nerfs externes.

Relativement aux moyens curatifs, ils diffèrent aussi d'une manière sensible dans chacune de ces névroses : la dyspepsie gastralgique ou gastro-entéralgique se calme avec les sédatifs ordinaires, à doses modérées, prises au moment des repas ou pendant le cours de la digestion, tels que l'opium ou ses éléments chimiques : morphine, narcéine, codéine; l'aconit et les différents narcotiques, le sous-nitrate de bismuth seul ou associé aux préparations précédentes; les frictions calmantes sur le siége de la douleur ; les écussons emplastiques chargés de substances de même nature; les révulsifs externes, l'absorption cutanée de faibles doses de morphine par les méthodes endermique ou hypodermique ; mais elle ne se dissipe complétement, elle ne se guérit qu'avec un régime bien approprié, bien réglé, bien suivi, base essentielle du traitement de toute dyspepsie, quand il ne suffit pas à lui seul à procurer la guérison. La gastralgie, l'entéralgie, la gastro-entéralgie proprement dites, cèdent plus difficilement ou plus aisément : plus difficilement, quand on les a laissées durer ou quand on les attaque mollement, avec de simples sédatifs, avec des narcotiques peu efficaces ou à trop faibles doses; plus aisément, lorsqu'elles sont de date récente et qu'on les traite avec des agents et des doses plus énergiques. Le moyen curatif qui m'a donné les résultats les plus constants, qu'on a vu à l'œuvre dans plusieurs de mes observations, est la stramoine en poudre, ou plutôt sous forme d'extrait alcoolique. Nous reviendrons un jour sur ce précieux médicament employé un grand nombre de fois par nous, justement vanté par Storck, puis par Lentin, Marcet, Begbie et d'autres médecins anglais et allemands, et qui est presque tombé dans l'oubli depuis, comme la plupart de ceux dont on ne spécifie pas assez l'action et dont on étend trop les applications. Quand la viscéralgie est intermittente ou

caractérisée par des paroxysmes réguliers, les antipériodiques sont indiqués au même titre que dans les névralgies externes.

En ce qui concerne la combinaison de ces deux sortes de névroses, la dyspepsie douloureuse et la gastro-entéralgie, on n'a guère besoin que nous disions que le traitement doit être complexe, comme la maladie elle-même, c'est-à-dire s'adresser à la dyspepsie et à la névralgie viscérale. Nous ferons observer toutefois qu'il est logique autant que naturel d'attaquer avant tout la viscéralgie, afin de calmer l'impatience du malade, ou, si l'on préfère, de satisfaire à l'indication la plus pressante et d'avoir plus facilement raison ensuite de l'élément dyspeptique. Il va de soi aussi que, si la constitution est entachée d'un principe morbide : anémie, chloro-anémie, herpétisme, etc., ayant une corrélation de cause à effet avec la névrose digestive, le seul moyen d'obtenir une guérison certaine, définitive, est d'instituer un traitement général bien approprié. A cet égard encore, on trouvera dans les observations précédentes des preuves suffisantes en faveur de cette manière de voir, si tout praticien n'en trouvait pas lui-même chaque jour dans sa propre expérience.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement du phagédénisme chancreux au moyen du calomel pris à l'intérieur;

Par le docteur L. Belhomme, ancien interne des hôpitaux.

Des divers accidents qui peuvent compliquer le chancre, le phagédénisme est sans contredit le plus grave. Trop souvent réfractaire aux médications les plus vantées, il continue ses ravages en dépit de soins les plus empressés, les mieux entendus, et met le praticien dans un grand embarras.

Les moyens de traitement ne manquent pas cependant; malheureusement, la richesse apparente de la thérapeutique ne représente dans ce cas particulier qu'une pauvreté mal déguisée.

Les différents agents auxquels on a recours pour traiter le chancre phagédénique peuvent être rangés sous deux chefs principaux, selon qu'ils sont pris à l'intérieur (agents internes) ou appliqués à l'extérieur (agents externes).

Parmi les premiers, en mettant à part les toniques, qui ne doivent

être considérés que comme des adjuvants du traitement, on ne trouve guère que deux ou trois médicaments qui aient, dans quelques cas, donné de bons résultats; je signalerai surtout l'opium à haute dose (Rodet) et l'acide arsénieux (Davasse).

Les préparations mercurielles sont rejetées par tous les auteurs; elles sont regardées comme nuisibles; je dois dire cependant que Ricord a quelquefois obtenu de beaux succès de la médication hydrargyrique. Il administre dans ces cas les pilules de Sédillot à dose croissante; quelques malades sont arrivés jusqu'à soixante-quatorze.

Les agents de la seconde classe, c'est-à-dire les agents de la médication topique, sont beaucoup plus nombreux; ce sont d'abord les caustiques : le fer rouge, remis en honneur dans ces derniers temps par Rollet, le savant syphiliographe lyonnais, l'acide nitrique monohydraté, les acides sulfurique et chlorhydrique, le chlorure de zinc liquide, la pâte de Vienne, le caustique de Canquoin, la pâte carbosulfurique, le nitrate acide de mercure; puis des substances moins énergiques, le tartrate et le stéarate de fer (Ricord), l'acide arsénieux (Davasse), le sulfate de cuivre (Foucher), le chlorate de potasse (Tillot).

Il est assez difficile de faire un choix au milieu de cet encombrement, et encore cette liste est-elle loin d'être complète.

La chose principale, disent les auteurs, pour la cure du phagédénisme, c'est de chercher la cause qui donne cette marche défectueuse au virus; mais, comme le fait remarquer Davasse « le praticien pourra chercher cette cause; seulement nous devons le prévenir, pour éviter toute déception, qu'il ne la trouvera pas le plus souvent. »

Tous les agents que nous avons signalés ont été vantés contre le phagédénisme; tous ont tour à tour échoué et réussi; il ne faut accorder à aucun d'eux une importance exagérée et se rappeler que le même moyen peut donner des résultats très-différents dans les cas en apparence les plus semblables; bien plus, la même substance n'amènera aucune amélioration à un moment donné et conduira à une guérison rapide à une autre époque, sans que rien puisse expliquer cette différence.

Peut-être arrivera-t-on un jour à pouvoir reconnaître, dans l'aspect extérieur du chancre, la constitution du malade, les circonstances actuelles, quelles sont les conditions qui font ainsi varier les résultats, mais les recherches sont encore incomplètes et on en est réduit à employer un peu au hasard les moyens connus jusqu'à ce

jour, sans qu'il soit possible de prévoir à l'avance ce qu'on en obtiendra.

Le nouveau médicament dont je viens conseiller l'emploi aujourd'hui sera-t-il plus sûr dans ses effets que ses aînés ? Je ne saurais le dire, et, en vérité, les nombreuses déceptions survenues à la suite de l'application des diverses méthodes de traitement recommandées par les hommes les plus éminents ne me permettent pas de l'espérer. Mais j'en ai obtenu des guérisons si remarquables dans les faits que je rapporte plus loin, que je crois utile de les faire connaître, bien persuadé que si le calomel ne conduit pas toujours au but désiré, il peut du moins être rangé au nombre des meilleurs médicaments que nous ayons à opposer au chancre rongeur.

Comment ai-je été amené à administrer le mercure dans les cas de phagédénisme, puisque cette substance semble favoriser l'apparition et l'extension de cet accident, de l'avis de la plupart des praticiens et d'après l'opinion que j'ai moi-même émise dans le *Traité sur les maladies vénériennes* que j'ai publié en collaboration avec mon excellent ami le docteur Martin ?

Je dois l'avouer, j'ai employé cette médication d'une façon un peu empirique. C'est en me rappelant la pratique d'un de mes maîtres, le docteur Gibert, que j'ai été conduit à en faire usage. Le célèbre médecin de l'hôpital Saint-Louis administrait parfois le calomel avec un certain succès contre le phagédénisme de nature non vénérienne ; de là à l'utiliser ou au moins à l'essayer contre le chancre rongeur, il n'y avait qu'un pas ; je l'ai franchi et le succès a couronné mon attente, comme on pourra s'en convaincre en lisant les observations qui suivent.

Dans les faits, peu nombreux encore, où j'ai eu recours à l'administration du calomel à l'intérieur, j'ai toujours donné le médicament à doses fractionnées.

Le malade a pris de 5 à 7 centigrammes de calomel chaque jour, en paquets de 1 centigramme chacun : deux le matin, deux dans l'après-midi, deux à trois dans la soirée. De la poudre de sucre était mélangée au composé mercuriel.

La poudre était enveloppée, au moment de la prendre, dans du pain azyme ou mise dans un peu d'eau. Un des malades avalait directement le médicament, sans aucune préparation ; comme il me le faisait remarquer, le calomel est une substance facile à prendre, on ne sent pas le sucre qui y est ajouté.

Ces détails ont une certaine importance, comme on le verra plus loin.

Obs. I. B***, âgé de trente-deux ans, grand, fort, bien constitué, se présente à mon dispensaire le 14 octobre 1866.

Cet homme est marié. Pendant une absence de sa femme, il a un rapport avec une fille de maison ; deux jours après, il voit apparaître sur le gland une plaie, qui, peu à peu, s'étend et occupe bientôt toute la rainure glando-préputiale.

Il entre à l'hôpital du Midi, il y reste quatre mois. Voyant que l'ulcération au lieu de guérir s'agrandit chaque jour, il se décide à en sortir.

Lorsqu'il s'adresse à nous, nous constatons les faits suivants :

Sur la partie antérieure du pénis existe une ulcération peu douloureuse, à bords durs, découpés et frangés, à fond grisâtre et putrilagineux, qui contourne la base du gland en s'avançant un peu sur lui et s'enfonce en arrière sous la peau du corps caverneux à une profondeur de 4 centimètres. Cette ulcération est le siége d'une abondante suppuration de nature séro-sanguinolente.

Prescription : Panser la plaie avec le chlorure de soude mélangé avec moitié eau. Prendre chaque jour sept des paquets suivants :

Pr. :	Calomel........................	60 centigrammes.
	Poudre de sucre..................	5 grammes.

F. soixante paquets.

21 octobre. L'aspect de la plaie est sensiblement le même. Le malade se trouve mieux cependant.

Même traitement.

28. Amélioration des plus manifestes. Des bourgeons charnus se montrent çà et là. La suppuration est moins abondante, plus franchement purulente. Les bords de l'ulcération sont affaissés.

Même traitement.

5 novembre. Cicatrisation de toute la partie extérieure de la plaie. Il existe encore un peu de suppuration formée par la portion sous-cutanée de l'ulcère.

18. Guérison complète.

14 janvier. Je revois le malade. La guérison s'est parfaitement maintenue.

Obs. II. Le 14 mai 1864, le nommé L***, fleuriste, vient me demander mon avis sur une ulcération qui s'est montrée il y a quarante-huit heures sur les organes génitaux.

L*** est âgé de cinquante-quatre ans, célibataire, d'une assez bonne santé habituelle ; il n'a jamais eu d'affection vénérienne. A l'âge de dix-huit ans, il a présenté des accidents de scrofule ; une ulcération

profonde, qui a demandé plusieurs mois pour guérir, a laissé sur cet organe, sous forme d'une cicatrice blanchâtre, la trace irrécusable de cette maladie constitutionnelle.

Quelques jours avant de venir me consulter, cet homme, après un dîner copieux fait dans la banlieue avec un ami qui quittait la France quelques heures plus tard, était revenu à Paris avec la maîtresse de celui-ci.

Chemin faisant, cette femme se livre sur la personne de notre malade à des attouchements plus ou moins excentriques. Il nie tout rapport sexuel avec elle ! Depuis trois mois, il n'avait pas exercé le coït.

Le lendemain, il voit apparaître sur la face interne du prépuce une plaque rouge qui est bientôt remplacée par une plaie.

Je constate, en effet, sur la région dorsale de la muqueuse du prépuce, la présence d'une ulcération superficielle de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, douloureuse, à fond grisâtre, à bords arrondis, entourée d'une zone d'un rouge vif; il n'y a aucun retentissement du côté des aines.

Je diagnostique un chancre à base molle, de nature simple. L'aspect extérieur de l'ulcération, ses signes objectifs et subjectifs, l'absence d'incubation, me conduisent naturellement à me prononcer dans ce sens.

Cependant, le récit du malade, qui m'affirme que la bouche seule de la femme a été en contact avec l'organe contaminé, me fait un instant regretter *in petto* de ne pas avoir réservé mon diagnostic. La rareté des chancres simples sur la région céphalique motive suffisamment mon hésitation.

Je propose la cautérisation avec la pâte carbosulfurique, le malade la refuse; j'avais eu le tort, et je m'en repentis bientôt, de lui laisser entrevoir que l'application de ce caustique entraînait des douleurs assez vives.

Je prescris un traitement simple (vin aromatique pour panser la plaie trois fois par jour), persuadé que cette thérapeutique, indiquée pour le cas où je serais dans le vrai, n'aurait pas de grands inconvénients si le chancre était infectant.

18 mai. L'aspect de la maladie a complétement changé. Le prépuce, démesurément gonflé, ne peut plus être ramené en arrière; il est rouge, douloureux; une suppuration abondante s'écoule par son ouverture; en un mot, un phimosis inflammatoire est venu compliquer le chancre.

Prescription : Bains locaux avec la décoction de racine de gui-

mauve additionnée de quelques gouttes de laudanum. Injections sous le prépuce avec le même liquide.

Repos complet, la verge relevée du côté de l'abdomen.

Peu à peu l'état inflammatoire cède, mais la suppuration devient sanieuse, de mauvaise nature, les douleurs persistent.

15 juin. On commence à apercevoir l'ulcération chancreuse, qui s'est étendue jusque sur les bords de l'ouverture du prépuce; le gland, depuis le début du phimosis, n'a pu être découvert.

Prescription : Injection sous le prépuce avec l'eau simple, suivie deux fois par jour d'une injection avec une solution de nitrate d'argent au trentième.

Du 1er au 10 septembre, le sel lunaire est successivement remplacé par le coaltar, l'acide phénique, le tartrate de fer, le sulfate de cuivre, le chlorate de potasse, le chlorure de soude, etc.

Aucune amélioration n'a eu lieu, loin de là. Un stylet introduit sous le prépuce permet de constater que l'ulcération s'est étendue et a pénétré en arrière sous la peau du fourreau de la verge. Voyant le mal continuer ses ravages sans pouvoir me rendre compte des désordres, je me résous à enlever le prépuce pour mettre l'ulcération à découvert.

Je préfère exposer à l'inoculation la nouvelle plaie que je vais faire, plutôt que de laisser marcher la maladie sans pouvoir la surveiller. Les douleurs, qui sont excessivement vives, l'absence de sommeil depuis plusieurs jours, un malaise général marqué, font accepter avec empressement cette petite opération.

14 septembre. Je pratique la circoncision avec l'aide de mon ami le docteur Guérard. L'opération ne présente rien de particulier; le prépuce enlevé, nous trouvons une ulcération grisâtre à bords durs qui couvre presque toute la face interne du prépuce, contourne la couronne du gland et s'enfonce en arrière sous la peau du fourreau de la verge à une profondeur de 3 centimètres environ.

Malgré le peu de probabilité de la réunion, nous appliquons les serres-fines comme dans les cas ordinaires.

15. La réunion paraît complète sur la plus grande étendue de la plaie, excepté au niveau du point où l'ulcère pénètre sous la peau de la verge.

J'applique sur cette partie une couche épaisse de pâte carbosulfurique et j'en remplis la cavité ulcérée.

Au bout de quelques jours, toute la circonférence de la plaie se

désunit et devient chancreuse. Nouvelle cautérisation avec la pâte sulfurique.

A la chute des eschares, l'ulcération offre un bon aspect; il reste une surface grisâtre de quelques centimètres d'étendue. Je veux derechef avoir recours au caustique, le malade a beaucoup souffert de la dernière application et il ne veut pas y consentir.

Pansements avec le coaltar saponiné.

La plaie extérieure se cicatrise peu à peu; il n'en est pas de même de l'ulcération sous-cutanée, qui a creusé profondément. Le stylet pénètre jusqu'au pubis (12 octobre). Introduction d'un fil de fer très-mince recouvert de coton imbibé d'acide nitrique monohydraté. Injection, plusieurs fois par jour, dans le trajet chancreux, avec l'acide phénique au centième.

Je ne veux pas décrire ici les diverses phases par lesquelles a passé ce chancre phagédénique; il suffira de savoir que, pendant plus de trois ans, j'ai tour à tour employé les traitements les plus divers sans m'en rendre maître: toniques à l'intérieur, fer, quinquina sous toutes les formes. Cautérisation avec le fer rouge (deux fois); avec l'acide nitrique monohydraté (vingt-quatre fois); avec le caustique de Canquoin, la pâte carbosulfurique, le nitrate acide de mercure, etc.; les pansements avec le tartrate et le stéarate de fer, l'acide phénique, le coaltar, le chlorate de potasse, le sulfate de cuivre, etc.

Le mal guérit sur un point et gagne sur un autre. Après s'être caserné un instant dans la profondeur des tissus, le phagédénisme fuyant pour ainsi dire devant les cautérisations à l'acide nitrique, disparaît de cette région et reparaît à l'extérieur, détruit presque entièrement le gland, puis pénètre de nouveau sous la peau, cette fois au niveau du frein, dissèque l'urèthre, dont il suit exactement le trajet, s'enfonce jusqu'à la racine de la verge. A ce moment, quelques symptômes de dysurie me font craindre de voir l'ulcère pénétrer dans le canal ou la vessie et y amener des désordres irrémédiables.

Il n'en est rien, le mal cède encore sur ce point, s'épanouit de nouveau au dehors, gagne les bourses, où il forme bientôt un ulcère de plusieurs centimètres d'étendue.

Le chancre stationne quelques mois sur le scrotum, le couvre de cicatrices horribles, l'abandonne pour remonter du côté du pubis, envahit la peau de la partie inférieure de l'abdomen, où il décrit des cercles irréguliers.

Dans le courant de l'année 1866, bien qu'il soit très-soigneux et

malgré les recommandations que je lui avais faites, le malade transporte par le grattage le pus virulent sur la région deltoïdienne du bras gauche. A ce niveau apparaît un ulcère qui s'étend rapidement et acquiert en quelques jours les dimensions d'une pièce de cinq francs en argent.

La guérison est obtenue en trois semaines à l'aide de pansements avec l'emplâtre de Vigo.

En voyant ce rapide succès, L*** s'empresse d'avoir recours au même médicament pour panser l'ulcération des organes génitaux; il y a d'abord un peu d'amélioration, mais le mieux ne se continue pas.

Quatre mois plus tard, un accident semblable au précédent se montre sur le poignet du côté gauche; là encore, le malade a, selon toute probabilité, transporté le liquide contagieux avec les ongles. Une ulcération serpigineuse est la conséquence de cette nouvelle négligence; heureusement l'emplâtre de Vigo, employé immédiatement, conduit, comme la première fois, à une guérison rapide.

L'ulcération génitale marche toujours, aucune médication ne l'arrête, aucun caustique ne la modifie. Quand elle a acquis une certaine étendue, elle reste stationnaire ou bien se cicatrise sur un de ses bords et envahit par son autre extrémité.

Plusieurs fois, je crois toucher le but, les bords calleux s'affaissent, le fond se déterge, les bourgeons charnus apparaissent, la cicatrisation se fait, puis, sans cause, le mal reparaît, recouvre de nouveau ses anciennes dimensions, corrode les cicatrices et, de déception en déception, les jours, les semaines, les mois, les années s'écoulent et l'ulcère implacable existe toujours.

Au mois de novembre 1866, j'obtiens sur un de mes malades du dispensaire une guérison rapide avec le calomel donné à l'intérieur. Immédiatement je l'administre à L***.

A ce moment, l'ulcère rongeur égale en étendue la paume de la main, il est irrégulier, recouvre le pénil et contourne la base de la verge en lui formant comme un collier.

26 novembre. Prendre chaque jour six des paquets suivants :

Pr. : Calomel	40	centigrammes.
Poudre de sucre	5	grammes.

F. quarante paquets.

Panser la plaie avec l'acide phénique au centième.

6 décembre. Mieux sensible, moins de douleur, sommeil meilleur.

Même traitement.

20. L'ulcération est cicatrisée sur quelques points; sur d'autres apparaissent des bourgeons charnus de bonne nature.

4 janvier. Il n'y a plus qu'une plaie de l'étendue d'une pièce de un franc; une cicatrice recouvre le reste de l'ulcération.

15 mars. Le malade est resté trois mois sans venir me voir.

Le chancre a recouvré ses premières limites; envahissant les parties cicatrisées, il a repris l'aspect qu'il avait il y a quelques mois.

L*** me raconte qu'il a cessé de prendre les paquets une fois la dernière dose épuisée, il pensait que la guérison arriverait seule.

Prescription : Calomel, 6 centigrammes par jour en six doses.

L'amélioration survient rapidement. Après un mois, la cicatrisation est presque complète, il ne reste que quelques points à conquérir.

Désirant m'assurer de l'action du calomel, je le supprime pendant une dizaine de jours.

25 mai. L'ulcération s'est un peu étendue. Le malade, qui, depuis assez longtemps, ne souffrait plus, commence à éprouver de la douleur ; il sent, dit-il, que le mal va envahir de nouveau.

Reprise du calomel.

12 décembre. Je n'avais plus revu le malade, je le croyais complétement guéri, il m'apporte la preuve du contraire.

Sur la région péno-scrotale, existe une ulcération de la grandeur de la paume de la main au moins, à bords durs, calleux, irrégulièrement découpés, à fond grisâtre, mollasse, saignant facilement, recouverte d'une sanie de mauvaise nature.

Le malade me fait le récit suivant : A la suite des dernières prises de calomel, il s'est cru guéri entièrement. La cicatrisation avait envahi toute la surface de la plaie; il restait bien une petite ulcération de la grandeur d'une tête d'épingle, mais comme elle suppurait fort peu, il n'y attacha aucune importance.

Pendant plusieurs mois, les choses restent dans cet état.

Au commencement de novembre, L*** recommence à souffrir, la plaie suppure un peu plus; il espère en avoir raison avec les pansements à l'acide phénique, son espoir est déçu. Le chancre envahit de nouveau, chaque jour il le voit gagner; il songe alors à reprendre de lui-même le calomel, mais on lui en refuse sans nouvelle ordonnance; il attend encore, espérant toujours voir le

mal s'arrêter et aussi, il me l'avoue, n'osant revenir me voir de peur que je ne lui reproche son inqualifiable négligence.

Enfin, désespéré, n'obtenant rien du traitement local, il vient me trouver le 21 novembre. Je prescris la poudre de calomel à la dose de 7 centigrammes par jour.

L'amélioration arrive rapidement; en quelques jours, l'aspect de la plaie devient plus satisfaisant.

26 décembre. On ne trouve plus qu'une ulcération peu étendue; les souffrances sont calmées, la gaieté du malade renaît.

Continuer le calomel.

8 janvier. La cicatrisation paraît complète. J'engage cependant L*** à ne pas interrompre encore le traitement; certains points placés derrière le moignon informe qui représente le gland ne me paraissent pas très-nets.

25 janvier. Guérison.

Obs. III. M***, courtier de commerce, âgé de vingt-deux ans, vient me consulter le 7 mars 1867, pour une ulcération serpigineuse qui date de huit mois.

Il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet 1866, époque à laquelle il a contracté le chancre qui l'amène chez moi.

Ce chancre a eu pour début une ulcération qui siégeait au niveau du frein et paraissait insignifiante. Il fut pansé pendant quatre à cinq semaines avec le vin aromatique sans aucun bénéfice.

A ce moment, un médecin de la ville prescrit le protoiodure d'hydrargyre. Loin de s'améliorer sous l'influence de ce traitement, le mal ne fait que s'accroître.

Le malade suit pendant quelque temps les consultations de l'hôpital du Midi, puis il tombe entre les mains des charlatans, qui lui prennent, dit-il, beaucoup d'argent, mais n'améliorent nullement sa position; les uns lui donnent du mercure, les autres de l'iodure de potassium et différents sirops.

M*** me dit que, plusieurs fois, la guérison a paru sur le point de se faire; il ne restait plus qu'une plaie peu étendue et tout à coup l'ulcère reprenait sa marche envahissante.

Au moment où je le vois, je trouve :

Sur la face inférieure de la verge une ulcération de forme allongée, à contours irréguliers, qui s'étend du frein à l'angle pénoscrotal; sa surface est parsemée de petites saillies grisâtres, mollasses, saignant avec facilité; elle est recouverte d'une matière ténue assez abondante, ses bords sont durs, inégalement découpés, très-douloureux.

A deux centimètres environ du frein existe une perforation de l'urèthre.

Pr. Poudre de calomel................	0,40 centigrammes.
— de sucre..................	4 grammes.

Pour quarante paquets.

Prendre six paquets chaque jour. Panser la plaie avec le coaltar saponiné.

16 mars. Les bords sont moins saillants, les douleurs moins vives ; le sommeil, perdu depuis plusieurs semaines, est revenu.

Même traitement.

2 avril. La moitié de la plaie est cicatrisée, le reste est recouvert de bourgeons charnus de couleur vermeille ; du véritable pus a remplacé le liquide sanieux qui s'écoulait de l'ulcération.

Il existe à peine quelques douleurs passagères. La santé générale est meilleure, les digestions se font mieux.

15. On ne trouve plus qu'une plaie simple envahie de toutes parts par la cicatrisation.

Cautérisation avec le nitrate d'argent des bourgeons charnus exubérants. Pansements avec la glycérine pure.

2 mai. Guérison. Cicatrice solide sur toute l'étendue de la partie occupée par l'ulcération.

Obs. IV. L***, vingt-quatre ans, grand, fort, tempérament sanguin, bonne santé habituelle, a eu deux blennorrhagies, l'une en 1862, l'autre en 1865 ; il vient me consulter le 10 avril 1867, envoyé par le malade précédent.

Ce jeune homme est malade depuis cinq mois. Il me montre sur la région génitale une ulcération de forme irrégulière qui recouvre les trois quarts environ du gland, et s'étend sur le prépuce, en grande partie détruit, en décrivant des cercles de figure variable.

Cette ulcération a des bords durs, sensibles, décollés, un fond recouvert d'un détritus putrilagineux ; elle est le siége de douleurs vives ; un liquide entièrement séreux s'en écoule, il tache le linge en s'empesant, mais sans lui communiquer une couleur foncée.

Le chancre a débuté, il y a cinq mois, sous la forme d'une petite plaie, qui, peu à peu, a pris les dimensions qu'elle offre aujourd'hui.

L*** est soigné, depuis le début de la maladie, par un médecin qui lui fait appliquer sur le chancre une pommade dont il ne connaît pas la composition, pommade dont l'application est suivie de douleurs assez violentes pour empêcher le malade de dormir.

Il lui fait prendre en même temps à l'intérieur, d'abord du su-

blimé, puis de l'iodure de potassium, et en dernier lieu du protoiodure de fer.

Je prescris le traitement suivant :

Prendre chaque jour six prises de calomel de 1 centigramme chacune. Panser la plaie avec le vin aromatique laudanisé.

18 avril. Le malade souffre moins. Le chancre n'offre aucun changement appréciable à l'œil.

Même traitement.

27. L'ulcère a meilleur aspect, on y constate la présence de petits îlots cicatriciels ; la suppuration est plus liée.

7 mai. Les bourgeons charnus existent sur la plus grande partie de la plaie; les douleurs ont disparu; les bords recollés ne présentent pas plus de résistance au doigt que les tissus voisins.

Même traitement.

1er juin. L'amélioration n'a pas continué. Les bords sont redevenus calleux. L'ulcération, qui s'était cicatrisée sur un de ses bouts, s'est étendue de l'autre. Le fond est redevenu grisâtre, sanieux.

Le malade, ne souffrant plus, a cru que la guérison était complète; il a négligé le traitement ; il s'est laissé aller plusieurs fois à faire des excès de boisson.

Je le remets au calomel.

A partir de ce jour, la tendance envahissante du phagédénisme se trouve arrêtée; l'amélioration survient aussi rapidement que la première fois, et, le 6 juillet, la guérison est complète.

Je revis le malade trois mois plus tard pour une blennorrhagie et je pus m'assurer que la guérison était solide.

RÉFLEXIONS.

Les observations que je viens de rapporter sont remarquables à plus d'un titre, mais je ne m'occuperai ici que de l'action du calomel, qu'elles démontrent de la façon la plus manifeste.

L'action du médicament ne se fait pas toujours sentir dès les premiers jours ; ce n'est ordinairement que dans le courant du second septénaire qu'on commence à observer une modification appréciable de l'ulcération, elle s'accentue de plus en plus, et, si l'amélioration est lente à apparaître, une fois commencée, elle marche d'une manière continue jusqu'à la fin.

La douleur est le symptôme qui s'amende le premier, puis les bords de l'ulcère s'affaissent, la suppuration change de nature, de

sanieuse elle devient plus ou moins franchement purulente. A ce moment, l'aspect de l'ulcération subit un changement remarquable: le fond, qui était grisâtre, putrilagineux, prend une teinte rougeâtre, se couvre de bourgeons charnus, en un mot, revêt les caractères d'une plaie de bonne nature.

La cicatrisation ne tarde pas à suivre cette heureuse transformation; elle se fait tantôt d'emblée sur toute la surface du chancre, plus souvent par îlots isolés qui se réunissent les uns aux autres pour constituer une cicatrice solide.

La guérison a lieu plus ou moins vite suivant l'étendue du mal; il semble que trois semaines à un mois sont nécessaires pour qu'elle soit complète dans les cas les plus simples; il faut un temps beaucoup plus long pour les ulcérations graves; mais l'amélioration qu'on observe chaque jour encourage le malade et le médecin à persévérer jusqu'au bout et empêche qu'ils ne désespèrent avant l'heure.

Dans deux de nos observations, la guérison a demandé plusieurs mois, mais il faut en accuser le malade et non la médication; l'interruption intempestive du traitement, le peu d'exactitude à le suivre en ont été les seules causes.

Il m'est arrivé de suspendre le calomel, afin de mieux m'assurer de son action; chaque fois, j'ai vu le mal rester stationnaire ou même reprendre sa marche envahissante pour s'arrêter et marcher vers la guérison aussitôt que j'y soumettais de nouveau le malade.

L'action du calomel sur le phagédénisme chancreux est évidente pour moi, comme elle le sera bientôt pour ceux qui voudront l'employer. Est-ce à dire qu'il réussira dans tous les cas? Je n'ose l'espérer; depuis que je l'administre, je l'ai toujours vu amener la guérison, mais les observations, bien que très-significatives, sont encore trop peu nombreuses pour que l'on puisse se prononcer.

Des diverses méthodes de traitement usitées contre le phagédénisme, les seules employées aujourd'hui d'une manière générale sont celles qui ont les caustiques pour base; ceux-ci donnent, en effet, d'excellents résultats, seulement leur application entraîne de grandes douleurs, ils sont parfois effrayants pour le malade. Il est donc à désirer qu'on puisse les remplacer par des moyens plus doux.

Le traitement que je propose a ce grand avantage d'être simple, d'un emploi facile, de n'inspirer aucune répugnance au patient et de le conduire doucement et sans secousse au terme de cette affreuse affection dont le nom seul inspire l'effroi aux moins timorés.

La salivation, si elle se montrait, serait facilement combattue par

le chlorate de potasse. Dans les observations que je rapporte, l'action du mercure sur les gencives a été si peu marquée, que je n'ai pas été obligé d'y avoir recours.

Comme on a pu le remarquer, je n'ai tenu aucun compte de la constitution du malade pour administrer le calomel, et il a réussi chez le scrofuleux aussi bien que chez le sujet le plus robuste.

En présence de cette action, on peut dire aveugle, que deviennent les théories qui cherchent à expliquer la guérison par la destruction de l'excès de fibrine, dans les cas où le mercure en a été l'agent? Pour moi, je me contente d'exposer les faits; j'en laisse l'explication à d'autres.

Une dernière réflexion avant de terminer : les malades faisaient un traitement externe en prenant le calomel à l'intérieur, et les résultats auraient été plus probants si la médication interne avait été seule employée.

Cette objection se présente d'elle-même à l'esprit, elle a une certaine importance. Sa valeur diminue, il est vrai, si l'on se rappelle que les mêmes pansements ne donnent souvent aucun bénéfice et que, dans le cas où il y a eu interruption du calomel et où ils étaient employés seuls, ils n'amenaient guère d'amélioration, mais cependant elle n'en persiste pas moins. Je regrette d'y avoir songé trop tard, j'aurais pu, en en tenant compte, donner plus de poids aux conclusions suivantes que l'on peut, je crois, tirer sans effort du travail qu'on vient de lire :

1° Les agents les plus justement recommandés contre le phagédénisme chancreux échouent souvent, même entre les mains des praticiens les plus habiles.

2° Le calomel, administré à l'intérieur, a amené la guérison dans quatre cas plus ou moins graves, les seuls à ma connaissance où il ait été employé jusqu'à ce jour. On doit donc le considérer comme ayant, au moins dans certains cas encore mal déterminés, une action spéciale sur le phagédénisme, et, sans se bercer de l'espoir de le voir toujours réussir, on peut le ranger au nombre des meilleurs médicaments que nous ayons à opposer à cette redoutable complication des chancres.

Il a sur les agents locaux les plus employés cet immense avantage d'être d'un emploi facile et de n'entraîner aucune douleur.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur un compte-gouttes de précision;

Par M. Eug. Lebaigue, pharmacien de la Maison impériale de Charenton.

La forme et la disposition à donner au compte-gouttes m'a longtemps occupé ; en effet, je m'étais posé ce problème assez compliqué d'éviter les inconvénients que présentent les compte-gouttes actuellement en usage, et de plus de leur substituer un instrument offrant quelques avantages nouveaux. Mes efforts ont donc tendu à remplir les conditions suivantes, à savoir qu'un compte-gouttes doit :

1° Être exact, c'est-à-dire donner des gouttes d'eau du poids de 5 centigrammes ;

2° Être d'une matière inattaquable par les liquides ordinairement employés en pharmacie et en chimie;

3° Être d'une seule pièce et d'une seule matière ;

4° S'amorcer de lui-même, quelque petite que soit la quantité de liquide ;

5° Laisser tomber les gouttes une à une sans pression autre que celle du liquide lui-même ;

6° Pouvoir être adapté aux différentes formes de flacons ;

7° Pouvoir être mis entre les mains du public pour les cas particuliers, ou pouvoir servir dans la pratique journalière de l'officine entre les mains du pharmacien ou de ses élèves.

Ce sont là les différentes questions que je pense avoir résolues et sur lesquelles je vais entrer dans quelques détails, en accompagnant mes explications de figures pour les rendre plus intelligibes. Mais auparavant je crois devoir résumer brièvement les inconvénients qui s'attachent aux compte-gouttes généralement usités.

Presque tous sont *inexacts*, c'est-à-dire donnent des gouttes d'eau dont le poids est au-dessus ou au-dessous de *cinq centigrammes*, et s'écartent ainsi des prescriptions du formulaire officiel.

Le plus grand nombre se composent de deux pièces : un tube en verre de forme variable et un réservoir en caoutchouc. C'est là, à mon avis, une disposition vicieuse : 1° parce que la jonction du caoutchouc avec le tube en verre, qui peut être parfaite à un moment donné, ne tarde pas, par l'usage et l'interposition du liquide entre les deux matières, à devenir insuffisante ; 2° parce que, avec

le réservoir en caoutchouc, il faut exercer une pression, soit pour amorcer, soit pour faire écouler le liquide; or la mesure de cette pression exige une certaine habitude pour permettre d'éviter que l'air, en s'introduisant en même temps que le liquide dans la tige de verre, ne fasse *cracher* l'instrument, ou, dans un autre cas, que le liquide ne s'échappe en jet sous une pression trop forte; 3° parce qu'un assez grand nombre de substances, notamment les acides concentrés, les alcalis, les corps volatils, la teinture d'iode, etc., tendent à altérer et à dissoudre le caoutchouc.

Presque tous les compte-gouttes sont nécessairement indépendants du flacon contenant le liquide à doser, ce qui oblige le pharmacien ou à n'en pas faire usage, ou à perdre beaucoup de temps pour *emplir*, *compter*, *reverser* le liquide et *nettoyer* l'appareil.

Le nouvel instrument que je présente aujourd'hui se compose, comme partie principale, d'un compte-gouttes uniquement formé d'un tube en verre d'une seule pièce, dont la partie supérieure est renflée en forme de boule et dont la partie inférieure est terminée par un ajutage à trou capillaire et calibrée pour donner exactement des gouttes dont le poids soit conforme aux indications du Codex.

Ce tube porte en outre au-dessous de la boule supérieure un renflement destiné à former bouchon et à être ajusté à l'émeri sur les différentes formes de flacons. Au-dessous de ce renflement se trouvent deux petites ouvertures destinées : 1° à la sortie de l'air quand, l'instrument étant plongé droit dans un liquide, ce dernier pénètre dans le tube par la partie inférieure; 2° à l'introduction du liquide et à la sortie de l'air quand, le niveau étant trop bas pour que le liquide pénètre directement dans le tube, il est nécessaire de renverser le flacon pour amorcer le compte-gouttes.

Pour l'usage, il suffit, une fois le compte-gouttes amorcé, soit directement, soit par renversement, de le sortir du flacon; les gouttes s'échappent alors, grâce à l'orifice capillaire inférieur, avec une lenteur suffisante pour qu'on puisse en compter facilement le nombre voulu. Je pense que les flacons de 15 grammes et de 30 grammes conviendront pour cet usage.

Un flacon compte-gouttes est destiné surtout à l'usage intérieur des officines. Il ne diffère du précédent que par un point, le principe restant d'ailleurs le même. Le tube compte-gouttes, au lieu d'être fermé à sa partie supérieure, est ouvert et porte un bouchon. Cette disposition remplit un double but. Veut-on compter des gouttes ? on sort le tube après l'avoir amorcé, et

l'ajutage inférieur laisse tomber les gouttes une à une. Veut-on compter les grammes? on les pèse par l'orifice supérieur, après avoir enlevé le bouchon et tout en maintenant, à l'aide du doigt, le tube fixé au flacon; le liquide s'écoule alors en jet, si l'inclinaison est suffisante.

Un autre modèle est destiné, comme le précédent, à l'usage intérieur d'une pharmacie. Il présente deux ouvertures, l'une centrale, munie du bouchon compte-gouttes, dont j'ai expliqué le maniement; l'autre latérale, bouchée à la manière ordinaire d'un flacon à l'émeri, et permettant, par conséquent, de laisser passer le liquide par quantité.

Ces deux dispositions ([1]) m'ont paru présenter de sérieux avantages. En effet, dans les conditions actuelles, s'il s'agit, par exemple, de compter dix gouttes de laudanum dans une potion, ou le pharmacien suivra les anciens errements et, soulevant le bouchon, comptera les gouttes dont le poids sera fort variable, ou, poussant plus loin le scrupule, prendra un compte-gouttes quelconque, l'emplira, comptera le nombre de gouttes demandé, remettra l'excédant de liquide dans son flacon et enfin lavera le compte-gouttes. Quelle perte de temps et quelle complication! Tandis qu'avec les nouveaux modèles de flacons, le pharmacien n'aura aucune excuse pour être inexact, le même flacon pouvant compter les gouttes et les grammes. Je laisse à la sagacité et au jugement de mes confrères le soin de choisir parmi ces modèles ceux qui leur sembleront les plus convenables. Pour moi, je pense avoir rempli mon but, puisque ce nouveau compte-gouttes est *exact*, *d'une seule pièce*, *inaltérable*, *qu'il s'amorce de lui-même*, *détache des gouttes sans pression*, *s'adapte aux diverses formes de flacons*, et que, pour toutes ces raisons, il me semble appelé à rendre service soit au public, soit au pharmacien, par sa simplicité, sa commodité et son exactitude.

([1]) Ces deux derniers modèles peuvent être très-utilement employés pour les flacons à réactifs en usage dans les laboratoires de chimie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Extraction de corps étrangers introduits dans la vessie (1).

Les annales de la chirurgie contiennent un grand nombre de faits de corps étrangers introduits soit dans la vessie, soit dans l'urèthre, dans le but de galvaniser des organes émoussés par une longue habitude des pratiques solitaires; mais je crois que le fait suivant est unique.

Le 11 février, arrive à l'hôpital, envoyé par M. le docteur Villars, un homme de quarante-huit ans, au teint plombé, aux poils rares, aux chairs flasques et bouffies, présentant, en un mot, l'aspect particulier aux individus adonnés à la masturbation.

Cet individu nous dit s'être introduit dans l'urèthre un ressort de montre. Il est mis à la diète et on lui donne un grand bain. Le lendemain je procédai à un examen qui me donna les résultats suivants : l'urèthre est très-dilaté, tellement qu'il admet facilement l'extrémité du petit doigt. J'y introduisis une sonde d'étain d'un gros calibre; celle-ci rencontra une résistance avec sensation de corps étranger, sensation perçue surtout nettement par le malade. C'était au niveau de la portion membraneuse, au point où le canal se recourbe sous l'arcade pubienne. Le malade ayant été préalablement chloroformé et placé sur le bord d'un lit dans la position de la taille, je fis sur la ligne médiane du périnée une incision de 4 centimètres, en me guidant sur le bec de la grosse sonde en étain placée dans l'urèthre et qu'un aide avait soin de faire saillir; l'incision fut conduite jusque sur la sonde; une fois arrivé dans l'urèthre, j'introduisis une sonde cannelée vers la vessie et j'eus ainsi un conducteur qui me permit d'agrandir la boutonnière faite au canal. Cela fait, et me guidant sur la sonde cannelée, j'introduisis des pinces à anneaux avec lesquelles je ramenai, avec la plus grande facilité, le ressort de montre.

Celui-ci est constitué par un ruban d'acier ayant 20 centimètres de long, 1 millimètre un quart de large et un dixième de millimètre d'épaisseur; il est plié en deux et forme une anse dont la convexité était située dans la vessie; ses deux extrémités présentent une cassure nette, ce qui cadre bien avec les explications données par le malade.

---

(1) Observation présentée à la Société de chirurgie.

La plaie fut lavée avec soin et l'opéré rapporté dans son lit. Quand il fut sorti du sommeil anesthésique et que je lui montrai le ressort de montre en lui demandant s'il le reconnaissait, il se décida enfin à faire des révélations complètes et m'avoua qu'il restait dans la vessie une gousse d'ail. N'ayant pas les instruments nécessaires pour terminer l'opération, je fus obligé de la remettre à l'après-midi.

Le même jour, à trois heures, j'introduisis un cathéter dans l'urèthre et je pus sans difficulté arriver jusqu'à la vessie; introduisant alors un bistouri dans la cannelure, j'agrandis l'incision faite à l'urèthre, sans pourtant intéresser la prostate ni le col de la vessie. J'essayai en vain de saisir le corps étranger avec des tenettes, rien ne me décelait sa présence et je ne pus parvenir à m'en emparer. Alors, faisant pénétrer mon doigt jusque dans la vessie, ce qui me fut facile, grâce à la dilatation énorme de l'urèthre du sujet, je parvins à sentir la gousse d'ail, et chose particulière à noter, c'est que le malade, dont ces parties semblaient avoir acquis une sensibilité exagérée, avait parfaitement conscience chaque fois que mon doigt touchait le corps étranger.

J'introduisis enfin une curette dans la vessie, et y logeant la gousse d'ail, il me fut possible de la retirer. Cette gousse d'ail, qui était du reste soigneusement épluchée, avait les dimensions suivantes : 25 millimètres de longueur et 15 millimètres dans sa plus grande largeur.

Le malade fut rapporté dans son lit, les jambes maintenues rapprochées et dans la demi-flexion. Le pansement consista en des applications de compresses imbibées d'eau froide. Tisane vineuse et diète pour le premier jour.

Dès le lendemain, le malade mangeait des potages et, le surlendemain, il était à deux portions.

Il n'y eut aucune manifestation de symptômes généraux; par précaution, je donnai du sulfate de quinine pendant deux jours, à la dose de 1 gramme.

Les suites de l'opération furent assez simples au début; le malade, pendant les premiers jours, urinait par la plaie du périnée et par la verge.

Le 24 février, le scrotum gauche est rouge, tendu, augmenté de volume et douloureux. Cataplasmes émollients.

Le 25, le scrotum enflammé a considérablement augmenté de grosseur et on constate à la partie supérieure, vers la racine de la verge, un point fluctuant. Je fais une large incision et donne issue

à du pus présentant l'odeur spéciale aux abcès urineux; la cicatrisation de cet abcès fut extrêmement rapide, il resta seulement une plaie fistuleuse qui laissa suinter l'urine pendant environ une semaine, et qui, du reste, guérit parfaitement sans l'intermédiaire de l'art.

Dès le lendemain de l'incision, j'avais eu la précaution de faire placer à demeure une sonde en gomme élastique de très-fort calibre; cette sonde fut changée tous les deux ou trois jours pendant trois semaines.

Le 5 mars apparaissent des signes d'inflammation du côté de la bourse droite, beaucoup moins intenses que ceux du côté opposé et marchant avec plus de lenteur. Grâce à une incision qui donne issue à pus phlegmoneux, toute trace d'inflammation disparut rapidement. Depuis, le malade est allé de mieux en mieux et il est sorti tout à fait guéri le 28 mars.

Des renseignements que j'ai pu obtenir soit du malade, soit de son entourage, il résulte qu'il avait depuis longtemps des habitudes de masturbation. Marié il y a environ quinze ans, il n'a jamais été très-ardent avec sa femme; pourtant il eut un enfant après un an de mariage, mais il n'en a plus eu depuis.

Ses habitudes dataient d'avant son mariage et ont continué après. Bientôt, il lui est devenu très-difficile d'arriver à une érection qui lui permît de se livrer au coït, et, quand il pouvait y arriver, l'éjaculation se faisait attendre pendant un temps très-long. La masturbation par les procédés ordinaires finit par ne plus lui suffire, et c'est alors qu'il eut recours à l'introduction de corps étrangers. Il y a quatre ans, il était déjà venu dans mon service, pour un haricot qu'il avait engagé imprudemment dans son urèthre; il avait refusé l'intervention chirurgicale et l'avait retiré lui-même au moyen du même ressort de montre recourbé en anse, qui lui a été si infidèle dans le cas présent.

Le dimanche 9 février, après s'être introduit la gousse d'ail dans l'urèthre, et ce n'était pas la première fois, il chercha à mettre de la variété dans ses plaisirs en se poussant une injection d'eau dans le canal; le résultat fut la disparition de la gousse d'ail, qui tomba dans la vessie. Il s'arma alors de son ressort de montre; mais celui-ci, une fois introduit dans l'urèthre, se cassa net. Alors cet homme, avec un courage et une patience extraordinaires, prit un fil de fer recourbé en crochet; arrivé à une certaine profondeur, il ne put pénétrer plus avant et essaya de le retirer, mais le bec du crochet s'enfonça dans la muqueuse, et, pour le retirer, il fut obligé

de labourer celle-ci. C'est, à mon avis, la cause des abcès urineux qui sont venus compliquer les suites de l'opération.

Le procédé opératoire employé a été celui de la taille médiane, modifié dans les détails par le fait qu'il a fallu opérer immédiatement et sans avoir les instruments nécessaires; l'opération a, du reste, été singulièrement facilitée par la dilatation énorme de ce canal, dilatation produite par l'introduction de corps de plus en plus volumineux.

La gousse d'ail a été difficile à extraire de la vessie par deux raisons : d'abord, sa légèreté la faisait fuir devant les tenettes, et ensuite on n'avait pas, lorsque l'instrument métallique arrivait en contact avec elle, cette sensation particulière qui en avertit le chirurgien.

L'absence d'accidents après l'opération, malgré les délabrements produits par le malade lui-même dans ses tentatives d'extraction, et malgré l'intervention chirurgicale pratiquée en deux séances, ne doit-elle pas trouver sa cause dans la grande habitude qu'avait l'urèthre de la présence de corps étrangers ?

Enfin, cette observation prouve, une fois de plus, à quelle dilatation énorme on peut amener l'urèthre par l'introduction de corps dont on augmente graduellement le volume, et elle confirme les faits énoncés dans une courte note publiée par mon père dans la *Revue médico-chirurgicale* (t. V, p. 342) et dans laquelle il cite trois cas de malades qui ont expulsé de petits calculs de la vessie après que l'urèthre eut été préalablement dilaté; le sujet de la première observation est mon bisaïeul, qui peut être considéré comme l'inventeur de la méthode; les deux autres malades furent dilatés par mon père; mais aucun ne portait un calcul dont les dimensions fussent comparables à celles de la gousse d'ail qui fait le sujet de cette observation.

Dr A. Pamard,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.

BIBLIOGRAPHIE.

Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius, *ou histoire de l'action physiologique et des effets thérapeutiques des médicaments inscrits dans la Pharmacopée française*, par Adolphe Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine (section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale), vice-président de la Société de botanique de France (1862 et 1865), de la Société de biologie (1852), de la Société de thérapeutique (1868), président de la Société médicale des hôpitaux (1868).

Chose étonnante ! le feu est partout, et rien ne brûle. Cette vive image, qu'employait naguère un des plus grands écrivains de ce siècle, pour exprimer sa pensée sur une époque troublée, nous serions tenté de l'appliquer à ce qui se passe en ce moment dans notre petit monde médical. De tous côtés, on s'applique à renouveler les bases de la science : l'analyse des phénomènes est poussée à ses dernières limites; les inductions les plus hardies sont nettement formulées ; des expérimentations se multiplient tous les jours, auxquelles on demande des conclusions qui inaugurent une médecine nouvelle ; et cependant les grands faits, mis successivement en lumière par une tradition séculaire, demeurent comme le fondement le moins incertain de la science pratique ; et les enseignements de la clinique, cette expérimentation toute faite, continuent à être la source toujours inépuisée, à laquelle les meilleurs esprits demandent leurs plus essentielles informations, pour se diriger, sans trop d'insécurité, dans les applications de l'art. Un des esprits les mieux trempés de ce temps-ci, et chez lequel les éblouissements de l'imagination se mêlent le moins aux clartés de la vérité, M. Gubler, vient lui aussi de faire entendre une parole sérieuse sur plusieurs des questions en ce moment le plus controversées. Partisan sans réticence du progrès, et y croyant avec une mâle ferveur, il maintient cependant que la tradition de la science n'est point chose vaine, et que l'œuvre de la seconde moitié du dix-neuvième siècle consiste moins à découvrir des faits nouveaux qu'à les coordonner, et à les mettre en rapport avec les données nouvelles de la science contemporaine. Comme d'un tel esprit une affirmation dans ce sens demande à être religieusement recueillie, qu'on nous permette de consigner ici un court passage de la préface qui précède le livre dont nous parlons en ce moment, et qui, à elle seule, révèle un esprit éminent, et par la clarté de l'idée, et

par la forme exquise qui la traduit. « Engagée désormais, dit le médecin de l'hôpital Beaujon, dans la voie féconde de l'expérimentation, vers laquelle la main puissante de M. Cl. Bernard guide toutes les sciences biologiques, la thérapeutique actuelle ne saurait cependant, sous peine de s'annihiler, répudier l'héritage du passé ; les notions empiriques et rationnelles, laborieusement acquises à travers les siècles par l'observation médicale, resteront encore longtemps ses principales richesses, et le travail de l'avenir consistera moins à découvrir des faits nouveaux qu'à systématiser les faits anciens et à les mettre d'accord avec les lois positives d'une physiologie rigoureusement exacte. Pour ne pas s'exposer à faire fausse route, il faut que la science de demain ne soit qu'une évolution logique de celle d'aujourd'hui. » En même temps que là, et là seulement, est, à la bien entendre, la véritable dignité de la médecine, là, et là seulement aussi est la vérité. Appuyés sur cette base de granit, qu'ont lentement édifiée tant d'esprits divers et de nobles cœurs, nous pouvons tous, les plus grands comme les plus humbles d'entre nous, continuer sans rougir notre œuvre de pitié savante, et le sentiment confus de la poursuite d'un but illusoire ne viendra point paralyser nos efforts.

Nous avons eu plus d'une fois occasion déjà de dire ici même en quelle estime nous tenons le savant auteur des *Commentaires thérapeutiques ;* mais plus est explicite notre éloge, et plus nous devons marquer nos réserves, là où notre très-distingué confrère nous paraît près de glisser sur la pente de l'erreur.

L'ouvrage de M. Gubler, dont l'économie était toute tracée par le livre même qu'il s'agissait de commenter, ne permet de saisir que dans des fragments épars la doctrine thérapeutique, bien arrêtée cependant, de l'auteur, qui ne voit dans la pharmacodynamie proprement dite qu'une autre physiologie. Sur ce point, nous sommes parfaitement d'accord avec notre illustre confrère ; seulement il faudrait s'entendre sur cette petite question : Qu'est-ce que la vie ? Et alors, peut-être, quelques dissentiments pourraient surgir que nous ne pourrions qu'exprimer, faute d'espace et de temps pour les développer et les justifier dans la mesure de nos forces. Laissons encore un instant la parole au médecin de l'hôpital Beaujon, au professeur futur, nous n'en doutons pas, de la Faculté de médecine de Paris. En même temps que cette nouvelle citation mettra en pleine lumière la principale conception théorique de l'auteur sur la pharmacodynamie, et implicitement sur la vie même, elle nous sera une occasion d'exprimer quelques-unes des réserves

dont nous parlions tout à l'heure, et de redresser une pente sur laquelle, dans notre humble opinion, on ne peut s'engager sans péril.

« Les faits (les résultats de l'action physiologique des médicaments), les faits étant bien établis, dit M. Gubler, et placés sous leur véritable jour, je cherche, autant que possible, à en déduire la théorie pharmacodynamique. Dans ce but, j'appelle à mon aide toutes les notions acquises en physique, en chimie et en physiologie expérimentale, faisant intervenir tour à tour les phénomènes de diosmose ou de dyalise (Graham) et de capillarité ; ceux d'oxydation (Chevreul), de réduction, de dédoublement et de substitution (Dumas) ; invoquant les lois des actions réflexes, telles que les ont constituées les derniers travaux de MM. Longet, Claude Bernard, Brown-Sequard, Martin-Magron, Jules Béclard, Vulpian, etc., les conditions physiques et organiques de la circulation, établies d'après les découvertes de M. Claude Bernard, Brown-Sequard, Schiff, sur la puissance régulatrice du système vaso-moteur, ainsi que d'après les expériences de M. Marey sur la mécanique cardio-vasculaire, sans compter tant d'autres données physiologiques plus ou moins importantes. » Nul plus que nous n'admire ces originales données de la science contemporaine, et nous comprenons qu'un esprit aussi élevé que le médecin de l'hôpital Beaujon s'efforce d'en éclairer les problèmes de la vie morbide, au contact des nombreux modificateurs de la thérapeutique ; mais ces données, si importantes qu'elles soient, et qui ne dépassent point la statistique de la vie, épuisent-elles la notion de la vie, soit hygide, soit morbide? Voilà ce que nous ne croyons pas. Nous estimons que derrière ces phénomènes, il y a une force qui les relie avec d'autres phénomènes d'un ordre organique plus élevé, et qui les relie entre eux pour en faire sortir l'unité ; nous estimons que, dans l'ordre pathologique, cette force, bien qu'entravée dans son évolution, engendre une physiologie accidentelle, synthèse d'états morbides divers, où les forces purement cosmiques interviennent, mais où, sans ontologisme, on peut, on doit voir encore autre chose qu'un pur traumatisme, les combinaisons anomales d'une chimie dissonante, ou l'aberrance d'éléments anatomiques dévoyés. Il y a de la spontanéité, de l'activité, de la vie, de l'unité réelle dans ces syndrômes, qu'on prétend tout artificiels, et qu'on croit voir se fondre et s'évanouir à la lumière d'une analyse transcendante. La tradition, qui a consacré ces distinctions ; la clinique, désintéressée de toute prévention doctrinale, qui les étudie, les posent dans la science, et

elles y resteront. On a dit de je ne sais plus quelle traduetion d'Homère, pâle, décolorée, décharnée, qu'il avait neigé dessus ; on serait tenté d'appliquer eette expression à certaines traductions scientifiques de la vie normale et pathologique, où, à force de n'y eonsidérer que le jeu des forces cosmiques, on a perdu de vue le tout vivant et son incontestable autonomie, qui se subordonne ces forecs, loin de s'y subordonner. On veut faire subjectivement la synthèse des choscs et on la nie objectivement dans les choses mêmes.

Mais nous oubliions que ces questions ne sont qu'indirectement impliquées dans le livre substantiel de notre savant confrère ; et qu'observateur clinique aussi sagace, aussi profond que les maîtres les plus autorisés, M. Gubler a répandu sur les mille et une questions pratiques qu'il a rencontrées sur sa route, les enseignements de l'expérience la plus lumineuse. Faisons done abstraetion de ces dissidenees, et indiquons d'un trait rapide ce que notre savant auteur a voulu surtout mettre dans son important travail à l'adresse de la pratique médicale. Pour nous, humbles périodeuctes de la scienee la plus laborieuse, c'est là ce que nous demandons avant tout ; e'est ee besoin radieal qu'il faut satisfaire d'abord, dirons-nous à tous ceux qui se donnent la mission de travailler aux progrès des applieations de l'art ; mais ce n'est que *quand nous n'aurons plus faim que nous mangerons tout ce que vous voudrez.*

Le but de l'auteur étant de commenter le Codex au point de vue thérapeutique, il a suivi pas à pas, ou à peu près, les divisions simples de ee travail magistral, ne laissant en dehors de son cadre que les substanees tout à fait sans valeur, ou des formes pharmaceutiques de produits manipulés, que l'ordre alphabétique rattache naturellement aux substances qui les fournissent. Mais M. Gubler, qui est un clinieien consommé, et à la féconde initiative duquel la thérapeutique doit plus d'une heureuse et originale application, n'a pas suivi servilement la marehe de l'ouvrage qu'il commentait ; il a proportionné l'étendue de son étude à l'importance réelle de l'agent indicateur. Bien que nous ne puissions encore nous vanter d'avoir lu tout entier cet immense et splendide volume, nous le savons déjà assez cependant pour recommander surtout à l'attention des médecins intelligents quelques artieles où, sans reculer beaucoup les limites de la thérapeutique telle que le temps l'a faite, on sent le souffle d'une science en progrès réel dans la théorisation de faits capitaux. Nous indiquerons surtout, eomme marqués de ce cachet, les articles étendus eonsaerés au tartre stibié, à l'éther,

au chloroforme, à l'opium, à la belladone, à la ciguë, à l'ergot, au quinquina, etc., et à leurs alcaloïdes, aux huiles de poisson, au copahu, aux iodure et bromure de potassium, etc., etc. Nous ajouterons expressément à la liste de ces agents, que nous rappelons tels qu'ils se présentent à notre souvenir, ceux que notre auteur comprend sous la dénomination générique d'*antidéperditeurs* : le café, le thé, la coca, etc. Sur tous ces points et cent autres, l'auteur verse discrètement les trésors d'une science puisée aux meilleures sources, quand ils n'émanent pas directement de ses propres recherches ; et, bien qu'il s'en défendît peut-être, on trouve là partout également la trace d'un esprit sagace, qui n'attend pas toujours les informations de l'expérimentation pour entrevoir, pour atteindre la vérité.

Nous signalions expressément tout à l'heure quelques agents que M. Gubler désigne sous le nom d'*antidéperditeurs*. Il tendrait à voir dans l'influence modératrice que ces agents semblent exercer sur le mouvement de décomposition parallèle au mouvement de rénovation moléculaire, parallélisme, simultanéité, pour le dire entre deux parenthèses, qui reste une énigme pour M. Robin, il tendrait à voir, disons-nous, dans cette influence modératrice, dans ce frein vital, une nouvelle application de la loi de la transformation des forces. Prenons garde de nous laisser emporter dans cette voie pleine d'obscurités, de précipices peut-être. M. Hirn, celui de nos compatriotes qui tout d'abord a le plus contribué à populariser cette doctrine, recule aujourd'hui, et là où il voyait des forces se transformer, il ne voie plus que des forces distinctes qui s'équilibrent ou se révulsent. En demandant qu'en abordant de telles questions, on y mette la discrétion commandée par l'incertitude des données de la science, nous n'entendons pas qu'il faille mettre une sourdine à la vérité ; nous entendons seulement qu'on n'abuse pas de cette grande chose et qu'on ne prenne pas pour elle les éblouissements de l'esprit. Cette courte réflexion, que M. Gubler nous pardonnera, nous en sommes sûr, car elle est un hommage à son bon sens exquis, nous lui demandons la permission de la placer sous la protection d'un savant illustre dont il ne récusera certainement pas l'autorité, M. Chevreul. « Telle est la raison, dit le président de l'Institut, sur laquelle je m'appuie pour réduire l'enseignement élémentaire, l'enseignement dit *professionnel*, à ce qui est vrai et susceptible d'être facilement démontré tel ; car beaucoup de gens qui se disent partisans du progrès ne voient pas que des erreurs, promulguées par ces enseignements comme des vérités

sont autant de semences qui, en se développant dans de jeunes intelligences, ou des intelligences d'adultes, que nulle étude n'a préparées à les juger, deviennent des opinions erronées, qui seront un jour les plus grands obstacles à la propagation de la vérité, c'est-à-dire à ce même progrès que l'on veut favoriser. » (*Hist. des connaiss. chim.*, vol. Ier, p. 228.) L'illustre président de l'Académie des sciences est presque le doyen des savants contemporains ; qu'on n'argue pas de cette circonstance pour récuser sou témoignage. Nous connaissons un grand esprit qui ne date la vie que des cheveux blancs ; mettons, si vous voulez, des cheveux gris... sans perruque, et n'en parlons plus.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Fracture du bord alvéolaire du maxillaire inférieur. — Modification du moule de Morel-Lavallée. — L'appareil en gutta-percha de Morel-Lavallée, pour les fractures des maxillaires, a incontestablement une grande supériorité et devra être employé de préférence aux autres dans bien des circonstances ; mais, malgré l'emploi de plus en plus fréquent de la gutta-percha dans l'industrie, on pouvait craindre que la généralisation de l'emploi de l'appareil dans la pratique ne fût entravée par la difficulté qu'il y a de se procurer dans certaines petites localités la substance dont le chirurgien de l'hôpital Beaujon faisait la base de son instrument. Mon excellent condisciple, M. Ardouin, chef de clinique du service des blessés à l'hospice civil de Toulon, a eu l'idée de remplacer la gutta-percha par une matière qu'on trouve partout sous la main, la cire ordinaire ; il a montré que cette cire peut produire une coaptation parfaite des fragments dans les fractures du maxillaire inférieur et mener très-bien l'os à une consolidation complète. Voici une observation recueillie dans le service de mon bien affectionné maître, le docteur Long, chirurgien en chef des hospices civils de Toulon, qui le prouve : Le nommé Salin (Louis), âgé de quarante-neuf ans, charretier, de bonne constitution, de complexion ordinaire, se présente, le 22 juillet 1865, dans la soirée, à l'Hôtel-Dieu Saint-Esprit, de Toulon, avec une fracture du bord alvéolaire du maxillaire inférieur. En conduisant sa charrette dans une des rues de la ville, il a voulu tirer vivement à lui la bride de ses chevaux, qui s'engageaient dans une mauvaise direction ; mais, cette bride

cassant dans ses mains, il a perdu l'équilibre et est allé tomber sur le trottoir, près de la porte d'entrée d'une maison, de telle sorte que la partie inférieure de la figure a porté sur la première marche du perron ; il en est résulté une fracture horizontale de la partie moyenne du maxillaire inférieur à la hauteur des trous mentonniers ; les incisives et les canines font partie du fragment et sont renversées dans l'intérieur de la bouche; il y a une large dilacération de la gencive au niveau de la rainure qui sépare cette gencive de la lèvre inférieure ; plaies contuses peu profondes à la face; pas de symptômes de commotion.

Ayant cherché en vain à fixer d'une manière solide cette fracture par la ligature des dents, l'élève interne de garde fait appeler M. Ardouin, chef de clinique de M. Long, qui constate que le fragment fixé par les fils cirés qui s'attachent aux molaires voisines est ébranlé à chaque mouvement de déglutition ; or, comme le blessé, dont la bouche est pleine de salive et de sang, fait, malgré lui, très-fréquemment des mouvements automatiques de déglutition, il s'ensuit que la coaptation est à chaque instant détruite.

M. Ardouin, voulant recourir au procédé de Morel-Lavallée, dont il a apprécié les bons résultats, mais n'ayant pas de gutta-percha sous la main, a l'excellente idée de se servir de cire ordinaire pour fixer le fragment très-mobile du maxillaire.

A cet effet, M. Ardouin prend une masse de cire ordinaire, du volume d'un œuf de poule à peu près, et la ramollit à la chaleur du bain-marie jusqu'à ce qu'elle soit très-malléable, sans cependant adhérer aux doigts ; il en fait un cylindre d'environ 1 centimètre de diamètre et de 10 centimètres de longueur ; le fragment osseux étant maintenu en position convenable par un fil passé derrière les incisives et sortant de la bouche, l'opérateur place le cylindre de cire le long de la face interne des dents du maxillaire inférieur, de manière à ce qu'il dépasse leur bord supérieur ; il le presse avec les doigts pour le bien mouler sur la concavité de l'arcade dentaire. Le fragment étant alors très-bien maintenu, momentanément le fil est retiré, et avec les doigts on fait descendre la cire sur la face antérieure des dents, qui sont ensevelies ainsi complétement dans la masse emplastique. M. Ardouin égalise l'appareil ainsi placé avec une spatule, enlève les parties exubérantes de cire et fait gargariser le blessé avec de l'eau froide à plusieurs reprises pour refroidir le moule, qui prend une certaine solidité.

Le pansement est complété par une fronde qui permet au malade d'écarter assez les lèvres pour boire au biberon ; tilleul pour la nuit.

La gêne produite par le moule est modérée ; salivation abondante provoquée par la présence du corps étranger ; mais l'exputition ne produit plus d'ébranlement douloureux de la fracture.

M. Long trouve, à sa visite du lendemain matin, le blessé en très-bon état, quoiqu'il soit gêné par la présence du moule, qui remplit d'ailleurs parfaitement son office et n'a pas bougé. Tout est laissé dans l'état ; quatre potages froids, eau vineuse.

A partir du 26 juillet, Salin se lève dès le matin, se promène toute la journée dans les cours de l'hôpital, parle même sans que son moule se dérange une seule fois. Il se nourrit de panades, de potages froids, et n'accuse plus de gêne du fait de la présence du corps étranger dans la bouche ; la salivation abondante des premiers jours est rentrée dans les proportions normales.

Le 16 août, vingt-cinquième jour de l'application, on enlève le moule en cire en le divisant avec la lame d'un canif en plusieurs endroits, pour ne rien ébranler ; on trouve le fragment osseux parfaitement consolidé ; les dents sont à leur place, régulièrement solides, et le cal n'est pas appréciable. Salin commence à mâcher un peu de mie de pain sans ressentir aucune douleur.

Le 2 septembre, Salin est mis *exeat*, parfaitement guéri, et commençant à manger des aliments solides sans aucune difficulté. La guérison ne s'est pas démentie, car il a été revu, plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital, dans un état parfait de santé.

Dr Bérenger-Féraud.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'absorption du phosphore. M. Mialhe avait pensé jusqu'à présent, dit-il, que l'absorption du soufre et du phosphore était uniquement due à l'action chimique des alcalis existant dans les sucs intestinaux. Mais les nouvelles recherches qu'il vient de faire lui ont démontré que cette absorption doit être rapportée aux corps gras contenus dans les matières alimentaires. Ces corps gras, après avoir opéré la dissolution du soufre et du phosphore, leur servent de véhicule d'introduction dans l'économie. Il est même probable, au moins en ce qui touche le phosphore, que leur absorption à l'état de corps simple est la règle, et l'absorption par réaction chimique l'exception. La preuve qu'il en est ainsi, selon M. Mialhe, c'est que, dans l'intoxication par le phosphore, alors que la diète et l'usage de boissons émollientes ou acidules ont amené une guérison apparente, l'ingestion de matières alimentaires ramène tous les symptômes de l'empoisonnement et le malade finit ordinairement par succomber complétement à l'intoxication, qui doit être rapportée, d'après le savant chimiste, à l'action des corps gras alimentaires sur le phosphore existant encore intact dans les replis de la mu-

queuse intestinale..... Deux conséquences pratiques découlent de ce qui précède. La première, c'est que, dans l'empoisonnement par le phosphore, il est indispensable d'expulser ce toxique de l'économie le plus promptement possible à l'aide de boissons laxatives acidulées, et de mettre le malade à la diète absolue, ou du moins de ne lui permettre que l'usage d'aliments exempts de matières grasses. La seconde, c'est que, lors de l'administration du phosphore à doses thérapeutiques, il est, au contraire, rationnel de ne l'administrer qu'à l'état de dissolution dans un corps gras surchauffé, ce qui empêche son altération, ainsi que les recherches de M. le docteur Méhu l'ont parfaitement démontré, et assure sa complète absorption. En agissant ainsi, on évite entièrement l'action locale du phosphore, ce qui n'a pas lieu lorsqu'on le prescrit en dissolution dans l'éther ou le chloroforme ; ces deux substances étant solubles dans une grande quantité d'eau, tout ou partie de ce corps, mis en liberté par les liquides alimentaires, se dépose sur la muqueuse digestive et l'enflamme plus ou moins, ainsi que l'expérience clinique l'a démontré. (*Union méd.*, 1868, n° 66.)

Nouveau remède contre la céphalée. Ce remède, proposé par M. le docteur George Kennion, d'Harrogate, n'est autre chose que le bisulfure de carbone, ou liqueur de Lampadius, en solution. Le mode d'emploi en est simple. Une petite quantité de cette solution (environ 2 drachmes) est versée sur du coton remplissant à moitié un petit flacon à large goulot et à bouchon de verre. Lorsqu'on veut employer le médicament, on applique l'embouchure du flacon exactement, de manière à ce que rien de la vapeur volatile ne puisse s'échapper, sur la tempe, ou derrière l'oreille, ou aussi près que possible du siége de la douleur, et on le tient ainsi de trois à cinq ou six minutes. Au bout d'une minute ou deux, il se produit une sensation comme celle que déterminerait la morsure de plusieurs sangsues, et deux, trois ou quatre minutes après la cuisson et la douleur deviennent encore plus intenses, mais s'évanouissent presque immédiatement après qu'on a retiré le flacon. Il est rare qu'il y ait de la rougeur à la peau. L'effet est en général immédiat ; l'application peut d'ailleurs être répétée, au besoin, trois ou quatre fois dans la journée.

Les maux de tête dans lesquels ce moyen se montre surtout utile, d'après M. Kennion, sont ceux qui se groupent sous la dénomination de maux de tête nerveux ; ainsi, la céphalée névralgique, les céphalées périodique, hystérique, beaucoup de celles qui se lient à la dyspepsie, sont à peu près invariablement soulagées grâce à son emploi ; et bien que le soulagement d'un symptôme soit une chose bien différente de l'élimination de sa cause, qui donc, cependant, ayant été témoin d'une douleur céphalique intense et de la détresse où elle jette le malade, n'éprouverait pas une véritable satisfaction à avoir à sa disposition la possibilité d'y remédier d'une manière aussi prompte et aussi simple ? Notre confrère anglais suppose que l'effet du médicament par lui expérimenté et proposé doit être attribué à l'action que le bisulfure de carbone, absorbé par la peau, irait exercer sur les nerfs superficiels de la partie où se fait l'application. (*British med. Journ.*, 13 juin 1868.)

Observation de péritonite guérie par l'emploi du froid. Le froid est un agent thérapeutique que, sous une forme ou sous une autre, nous avons toujours sous la main, et qui, dans certains cas, est susceptible de donner des résultats vraiment remarquables. Nous avons déjà rapporté des cas de péritonite très-graves qui ont dû leur guérison à l'emploi de cet agent ; voici un nouvel exemple de ce genre que nous empruntons à M. le docteur Briant, de Saint-Galmier.

Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune femme mariée depuis un an, accouchée depuis trois semaines, et n'ayant pas tardé à reprendre ses occupations, malgré un peu de douleur qu'elle avait continué de ressentir au niveau de la fosse iliaque droite. Le 29 mars, elle avait senti tout à coup une douleur très-vive en ce même point, puis avait été prise de vomissements et de selles diarrhéiques, et le soir, cet état persistant, on avait appelé M. Briant.

Notre confrère, en arrivant près d'elle, la trouva dans un état de souffrance atroce. Ventre partout douloureux, mais surtout du côté droit, où la palpation était presque impossible à cause de la douleur

qu'elle éveillait; vomissements bilieux; face grippée; respiration courte et entrecoupée; pouls petit et serré, à 120; langue un peu sèche; soif vive, que la malade refusait néanmoins de satisfaire de peur de provoquer de nouveaux vomissements. Devant de tels symptômes, M. Briant diagnostiqua une péritonite, qu'il supposa due à l'ouverture dans l'intestin d'un abcès du ligament large droit ou du tissu cellulaire de la fosse iliaque droite, ouverture faite avant que des adhérences complétement protectrices se fussent formées, et ayant permis la chute de quelques gouttes de pus dans le péritoine. Les matières des selles n'ayant pas été conservées, il ne fut pas possible de s'assurer immédiatement si elles contenaient en effet du pus, ce qui eût confirmé le diagnostic; mais cette vérification put être faite le jour suivant. Sangsues sur le point douloureux; potion additionnée de 25 centigrammes d'extrait thébaïque par cuillerées à café toutes les demi-heures, repos absolu.

Le 30 mars, au matin, tous les symptômes s'étaient aggravés : pouls à 140, petit et serré; face grippée et anxieuse; ventre ballonné; nausées et vomissements continuels, hoquet, etc. C'est alors que M. Briant se décida à recourir à l'application du froid; n'ayant pas de glace à sa disposition, il la remplaça par de l'eau aussi froide que possible, contenue dans des vessies qui devaient être renouvelées toutes les cinq minutes et sans aucune interruption.

Le lendemain, amélioration légère : pouls à 120; prostration moindre; vomissements peu fréquents; hoquet disparu; ballonnement persistant, ainsi que la sensibilité à la pression. Continuation des applications froides, sans autres moyens de traitement.

Ces applications furent continuées exactement les jours suivants, avec une amélioration graduellement et rapidement croissante, et le 6 avril, la malade pouvant être considérée comme hors de danger, la vessie fut supprimée. Il restait encore de la sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite, où pendant plus de quinze jours on sentit encore un empâtement situé assez profondément, mais qui se dissipa sous l'influence de frictions mercurielles. Dès le 3 avril, l'appétit avait commencé à renaître et l'on avait pu nourrir très-légèrement la malade, qu'un traitement tonique et réparateur acheva ensuite de remettre. (*Ann. de la Soc. de méd. de Saint-Étienne*, 1867.)

Piqûre de mouche; accidents graves à la suite; bons effets des irrigations froides. Mme M***. âgée de trente ans, mère de trois enfants et enceinte en ce moment, se présenta chez M. le docteur Faure, le 12 mai dernier. La cuisse gauche, à sa partie inférieure, dans une étendue de 20 centimètres sur 15, était le siége d'une tuméfaction très-prononcée et des plus douloureuses; il y avait là comme une sorte de plaque faisant fortement saillie, et au-dessous de laquelle on trouvait, dans l'épaisseur du membre, une induration profonde et parfaitement circonscrite. En même temps, peau d'un rouge très-intense, papilles hérissées et considérablement tuméfiées, formant une multitude de petites élevures en mamelons, taches violacées de dimensions variables. Toute cette tumeur était entourée d'une auréole d'un pourpre ardent. La douleur était excessive: c'était une sensation de brûlure à laquelle s'ajoutait une démangeaison insupportable. Le pouls était élevé, il y avait de la fièvre, une agitation extrême, et c'était cette agitation qui avait amené la malade chez notre confrère, au lieu de le faire appeler auprès d'elle; car, disait-elle, elle ne pouvait rester en place.

Quelle était l'origine de ces accidents? La malade l'attribuait à la piqûre d'un insecte, et en effet, M. Faure en trouva la trace à la surface de la partie enflammée, sous la forme d'une toute petite vésicule entourée d'un cercle rouge plus foncé que le reste et faisant une légère saillie. Il y avait donc là une intoxication locale tendant à généraliser ses effets, quel que fût d'ailleurs le corps toxique. Le cas était des plus menaçants, et l'indication d'un traitement tout à fait urgente. Mais que faire? M. Faure avait vu le moyen classique le plus accrédité, c'est-à-dire les cautérisations larges et profondes, manquer complétement leur effet, notamment dans un cas analogue observé dans le service de Velpeau. Il préféra essayer les irrigations froides.

Du 12 au 22 mai, sans désemparer, jour et nuit, la partie malade fut inondée par un courant d'eau glacée, disposé de manière à en inonder toute l'étendue. Un seau ordinaire était suspendu à 1 mètre au-dessus de la

malade ; à un petit robinet dont il était muni, étaient fixés trois ou quatre brins de menue corde, maintenus écartés sur un bout de bois, et le long desquels l'eau coulant avec une rapidité extrême, venait tomber sur le membre d'une hauteur de 20 centimètres.

L'effet fut, pour ainsi dire, instantané : cessation immédiate de la douleur, ainsi que de la démangeaison, qui reparaissaient dès que l'irrigation venait à être interrompue; enrayement de la marche du mal, du progrès de l'induration, qui peu à peu s'est fondue, de telle sorte que, le onzième jour, il ne restait plus qu'un noyau ramolli à demi et de la grosseur d'une noix. Toutefois, le volume du membre demeurait plus considérable ; il existait encore une plaque bleuâtre, parsemée de taches acuminées d'un rouge ardent ; l'irrigation fut continuée quelques jours, mais en la suspendant de temps en temps. L'état général, après avoir été inquiétant pendant les premiers jours du traitement, s'améliora enfin ; l'existence du fœtus, qui avait paru compromise un moment, s'accusa de nouveau par des mouvements de plus en plus actifs ; ce ne fut que graduellement que la guérison complète arriva. (*Gaz. des Hôp.*, 1868, n° 66.)

Hernie crurale étranglée chez une femme centenaire, opération suivie de guérison. Nous rapportions dernièrement un exemple intéressant de succès de la herniotomie chez une petite fille de sept mois. En voici aujourd'hui un autre qui emprunte son intérêt à l'âge extrêmement avancé de la malade. Il s'agit d'une ancienne cantinière des armées de la République, la veuve Mercier, maintenant âgée de cent cinq ans, qui entra dernièrement à l'infirmerie de la Salpêtrière pour une hernie crurale gauche étranglée. La tumeur avait la grosseur d'une pomme d'api ; le pouls était misérable ; il y avait un refroidissement intense; une sueur froide, visqueuse, couvrait tout le corps. Après avoir en vain essayé le taxis sans l'intervention du chloroforme, M. L. Labbé se décida à pratiquer l'opération. A l'ouverture du sac, il trouva une anse intestinale assez fortement congestionnée, qu'il réduisit. La plaie, après avoir suppuré une huitaine de jours, se cicatrisa entièrement, et la malade guérit. (*Union méd.*, 26 mai 1868.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Croup, trachéotomie suivie de succès, chez un très-jeune enfant. M. Isambert vient de présenter à la Société médicale des hôpitaux un très-jeune enfant (vingt-deux mois), dont l'exemple, à ajouter à quelques autres qui ont été consignés avec soin dans notre journal, prouve qu'il ne faut pas reculer devant la circonstance du jeune âge, naguère encore considérée comme une des conditions les plus fâcheuses au succès de l'opération.

La maladie a commencé chez ce petit garçon, le 15 mars dernier, par des ulcérations recouvertes d'une pellicule blanchâtre, siégeant sur les lèvres. Le 21, jour où le petit malade lui fut présenté pour la première fois, M. Isambert constatait une stomatite ulcéro-membraneuse et une petite plaque blanche sur une des amygdales. Malgré le chlorate de potasse en collutoires, en potions, et même en lavements, la maladie continua à progresser, et, au bout de six jours, le 27 mars, les deux tonsilles étaient recouvertes de plaques membraneuses et la respiration commençait à s'embarrasser, l'inspiration à devenir sifflante. Insuccès de l'ipéca. Le 28, le croup n'était plus douteux, et il était évident que rien ne l'empêcherait de suivre sa marche fatale. A trois heures, avec l'assistance de MM. les docteurs Cadet de Gassicourt et Alexis Legroux, notre confrère pratique la trachéotomie par la méthode du ténaculum de M. Chassaignac. L'opération se termine sans accident et sans grande perte de sang. Il ne sort pas de fausses membranes par la plaie. Soins consécutifs réglés suivant les préceptes ordinaires; de plus, musc à l'intérieur pour prévenir, autant que possible, des accidents nerveux qui semblent à craindre chez cet enfant ; chlorate de potasse donné, non plus à l'enfant, mais à la nourrice, afin qu'il puisse prendre la partie de ce sel qui se trouve éliminée par le lait. Au bout de huit jours, la canule fut enlevée, d'abord sans inconvénient pour l'enfant; mais, six jours après, la cicatrisation étant presque complète, et la dyspnée ayant reparu, il fut nécessaire de débrider un peu la plaie et de replacer la canule, qui ne put être enlevée définitivement que le vingt-

troisième jour après l'opération. Indépendamment de la guérison chez un enfant si jeune, cette observation présente encore cette circonstance, intéressante et rare, du début du croup par la stomatite pseudo-membraneuse. (*Soc. méd. des hôp.*, séance du 24 avril.)

Intoxication saturnine déterminée par des pilules d'acétate de plomb. M. Hérard a été appelé dernièrement en consultation auprès d'une dame âgée d'une cinquantaine d'années, qui présentait les symptômes suivants : Face grippée et notablement altérée ; inappétence absolue ; vomissements et constipation ; douleurs vives dans les hypochondres, dans les reins, dans la région ombilicale, et même dans les pieds ; apyrexie complète. La première pensée qui vint à l'esprit de notre honorable et savant confrère fut qu'il existait une lésion organique ; mais la marche très-rapide de la maladie, qui remontait seulement à trois semaines, éloigna cette idée ; de plus, l'ensemble des symptômes ne concordait pas avec l'existence d'une lésion organique. Celle-ci eût été insuffisante pour expliquer les douleurs vives que la malade ressentait dans des points si multipliés. M. Hérard pensa alors à une intoxication saturnine et dirigea ses interrogations dans ce sens ; mais la malade niait tout antécédent de nature à confirmer cette manière de voir. Elle était cependant exacte ; car, en se retirant avec le médecin ordinaire, M. Hérard apprit de celui-ci qu'il avait fait prendre à cette malade, depuis une dizaine de jours, des pilules de digitale et d'acétate de plomb, à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour. Là était la cause des accidents, comme le prouvèrent les résultats du traitement : purgatifs, bains sulfureux, préparations opiacées, éthérisation localisée pour calmer les douleurs. Au bout d'une dizaine de jours, la malade allait mieux ; elle ne tarda pas à reprendre son teint habituel et à recouvrer la santé.

Dans certains cas, lorsque l'on rencontre une affection qui ne se présente pas avec des caractères de nature à entraîner une conviction immédiate pour le diagnostic, il est bon de songer à la possibilité d'une intoxication, et notamment d'une intoxication saturnine ; elle est généralement assez facile à reconnaître, mais il faut y penser. M. Guéneau de Mussy diagnostiqua une intoxication saturnine chez plusieurs membres de la famille d'Orléans, bien que les antécédents ne fussent pas de nature à faire penser à cette affection ; l'intoxication avait été produite par de l'eau qui avait séjourné dans des conduits en plomb. (*Soc. méd. du IXe arrond.*, in *Un. méd.*, n° 62.)

VARIÉTÉS.

Le dernier concours pour la nomination de deux places de médecin du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Molland et Descroizilles.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Follet, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

M. Petit, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants à ladite École.

M. Wiutrebert, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de matière médicale et thérapeutique, pharmacie et toxicologie, à ladite École.

M. Paquet (Alphonse), docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie à ladite École.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Chatin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour la chaire de thérapeutique et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Crolas, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour la chaire de pharmacie et toxicologie à ladite École.

M. Lortet, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur d'histoire naturelle à ladite École.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. — M. Tournier (Paul-Marie-Antoine), docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Bornier, appelé à d'autres fonctions.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-QUATORZIÈME VOLUME.

A

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

U

V

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-QUATORZIÈME.



Paris. — Typographie HENNUYER ET FILS, rue du Boulevard, 7.